



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**RELEVÂNCIA DO PLANO DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR EM MEDICINA  
DENTÁRIA E A SUA IMPLEMENTAÇÃO PELOS MÉDICOS DENTISTAS**

Trabalho submetido por  
**Francisca de Spínola Moreira Braz de Oliveira**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

**setembro de 2015**





**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**RELEVÂNCIA DO PLANO DE TRATAMENTO  
MULTIDISCIPLINAR EM MEDICINA DENTÁRIA E A  
IMPLEMENTAÇÃO PELOS MÉDICOS DENTISTAS**

Trabalho submetido por  
**Francisca de Spínola Moreira Braz de Oliveira**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por  
**Prof. Doutora Ana Cristina Mano Azul**

**setembro de 2015**



## AGRADECIMENTOS

Começo por citar um lema, que me acompanha desde a minha infância até aos dias de hoje, “Um por todos e todos por um”. Uma frase imponente, que me foi transmitida no seio familiar, acabando por fazer parte da minha filosofia de vida. Permitiu-me crescer como pessoa, interiorizando que sozinha não vou conseguir atingir os meus objetivos, pois está inerente na condição humana a convivência em grupo e cabe a nós, tirar o melhor partido. Deste modo, ter conseguido fechar mais um capítulo da minha vida, concluindo o mestrado integrado, significa a abertura de novas portas. Esta foi uma tarefa desafiante e motivadora, mas não teria sido concretizada sem a ajuda, apoio e colaboração de várias pessoas.

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, ao Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz que proporcionou as condições necessárias à minha formação profissional.

À minha orientadora, Prof. Doutora Ana Cristina Mano Azul, por quem a minha admiração, carinho e respeito cresceram no percurso do trabalho, deixo um especial agradecimento. Agradecendo o seu profissionalismo, disponibilidade, e o seu interesse e apoio dado, permitindo estabelecer uma relação tanto profissional como de amizade.

À minha família, agradeço o apoio dos meus pais, avós e irmãos. No entanto, quero destacar três pessoas vitais para a conclusão deste trabalho. O meu pai, que sempre foi um exemplo de vida, quer a nível familiar quer profissional, servindo de alicerce e mentor. À minha mãe pela sua paciência e apoio diário, e pela transmissão da segurança e confiança necessárias para eu poder avançar e atingir os meus objetivos. Por último, mas não menos importante, o meu irmão mais velho, que desde sempre serviu de estímulo e motivação para o meu crescimento, que me ajudou no tratamento e análise estatística dos dados.

À Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária, especialmente, ao Ex.<sup>mo</sup>. Sr. Presidente Professor Doutor Pedro Mesquita, pela sua colaboração ao disponibilizar o acesso à nossa amostra de estudo.

À Vera Grilo e à Aline Pepe, pela presença, paciência e apoio em todos os momentos.

Por último, à Equipa Dentaface, especialmente ao Roque Braz de Oliveira, Guilherme Guerra e Duarte Braz de Oliveira pela ajuda e críticas dadas ao longo deste percurso.



## RESUMO

**Objetivo:** Compreender a relevância para os Médicos Dentistas do plano de tratamento multidisciplinar em Medicina Dentária e da sua implementação pelos profissionais integrados ou não na carreira académica.

**Material e Método:** Estudo observacional, analítico e transversal, utilizando uma metodologia investigativa quantitativa e qualitativa. Foi elaborado um inquérito piloto divulgado *online* a todos os associados não estudantes e com endereço de *e-mail* actualizado da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária, num total de 1299 inquiridos (1191 Médicos Dentistas e 108 Médicos Estomatologistas). Através deste inquérito, realizou-se uma recolha de informação sobre o Estado da Arte da multidisciplinaridade em Portugal, utilizando a Plataforma *Google Forms*. Os resultados foram tratados e analisados estatisticamente através do *Microsoft Excel* 2010.

**Resultados:** Dos 1299 profissionais inquiridos, responderam 143 profissionais (136 Médicos Dentistas e 7 Médicos Estomatologistas). 90% dos profissionais respondeu que já efectua um trabalho multidisciplinar e 107 profissionais concordam totalmente com o fato, que o trabalho de equipa traz vantagens para o paciente. No entanto, relativamente ao ensino académico, constatou-se que 84 respondentes não tinham tido uma unidade curricular de planeamento que reunisse toda a dinâmica de multidisciplinaridade. Desses mesmos profissionais, 95% considera que teria sido importante essa experiência académica.

**Conclusões:** O estudo permitiu constatar que os Médicos Dentistas e Médicos Estomatologistas respondentes, têm presente e interiorizado o conceito de trabalho em equipas multidisciplinares. Estes profissionais, reforçam que esta abordagem faz todo o sentido na resolução de casos clínicos mais complexos, sendo importante a relação entre as diferentes profissões de saúde. Em contra partida, constatou-se objetivamente, a necessidade uma unidade curricular que permitisse ao estudante experienciar, de modo eficiente, a metodologia de um planeamento multidisciplinar.

**Palavras-chave:** Equipas multidisciplinares, trabalho de equipa, reforma de ensino e Educação Interprofissional.





## ABSTRACT

**Aims/Objective:** To understand the relevance to Dentists of multidisciplinary treatment planning in Dental Medicine and its implementation by professionals whether or not integrated in the academic career.

**Material and Method:** Observational, analytical and cross-sectional study, using a quantitative and qualitative research methodology. A pilot survey was designed online and released to all non-student members of the Portuguese Society of Stomatology and Dental Medicine, with an updated e-mail, in a total of 1299 members (1191 Dentists and 108 Stomatologists). Through this survey, a gathering of information was carried out on the State of the Art of multidisciplinary approach in Portugal, using the *Google Forms Platform*. The results were statistically analyzed using *Microsoft Excel 2010*.

**Results:** Of the 1299 professionals surveyed, 143 answered the survey (136 Dentists and 7 Stomatologists). 90% of the professionals answered that they already carry out a multidisciplinary work and 107 professionals fully agree with the fact that teamwork brings advantages for the patient. However, with regard to academic education, it was found that 84 respondents did not have a curricular unit of planning that gathered all the dynamics of a multidisciplinary approach. From these same professionals, 95% consider that this would have been an important academic experience.

**Conclusions:** This study pointed out that the Dentists and Stomatologists respondents keep in mind and interiorize the concept of working in multidisciplinary teams. These professionals reinforce that this approach makes sense in solving complex clinical cases and that the link between the different health professions is important. On the other hand, the need of a course unit that allowed the student to experience, in an efficient manner, the methodology of a multidisciplinary planning was objectively found.

**Keywords:** Multidisciplinary teams, teamwork, education reform and Interprofessional Education.



## Índice geral

I.	Introdução .....	19
1.	Contextualização e justificação do trabalho .....	19
2.	Estado da Arte .....	20
2.1	Definição de grupo e de trabalho de equipa .....	20
2.2	Definição de Disciplina .....	25
2.3	Definição de multidisciplinaridade .....	26
2.4	Definição de interdisciplinaridade .....	27
2.5	Definição de transdisciplinaridade .....	28
2.6	Definição de modelo biopsicossocial .....	29
2.7	Multidisciplinaridade nas ciências da saúde e na prática da Medicina Dentária .....	30
II.	Objetivos Principal e Secundários .....	47
III.	Materiais e Métodos .....	49
1.	Tipo de estudo .....	49
2.	Estudo Analítico .....	49
2.1	Seleção da amostra .....	49
2.2	Critérios de inclusão .....	50
2.3	Critérios de exclusão .....	51
2.4	Recolha de dados .....	51
2.5	Construção do inquérito piloto e metodologia utilizada .....	51
3.	Análise Estatística .....	54
4.	Considerações éticas .....	54
IV.	Resultados .....	55
1.	Grupo I - Perfil da Amostra .....	55
1.1	Caracterização Geral .....	55

1.2	Perfil do grupo Estomatologista.....	57
1.3	Perfil do grupo Médico Dentista .....	59
2.	Grupo II – Tratamento de casos clínicos complexos.....	61
3.	Grupo III – Durante a prática clínica diária.....	66
4.	Relação entre as perguntas do grupo II ou III e o perfil do inquirido .....	71
4.1	Pergunta do grupo II por género .....	71
4.2	Pergunta do grupo II por anos de formação .....	73
4.3	Pergunta 10 do grupo III por instituição de formação .....	77
V.	Discussão.....	79
VI.	Conclusões.....	93
VII.	Bibliografia.....	95
VIII.	Anexos	

## **Índice de figuras**

Figura 1 - Dinâmica híbrida dos conceitos

Figura 2 – Inserção do ser humano e da saúde /doença dentro da trivalência do modelo bio-psico-social

Figura 3 - Cabeçalho do inquérito.

Figura 4 – Escala de Likert associada ao questionário, adaptada do inquérito *online*.

Figura 5 – Percentagem de respondentes por géneros

Figura 6 - Percentagem de respondentes por profissão

Figura 7 – Percentagem dos respondentes por anos de formação.

Figura 8 – Gráfico representativo da instituição de formação.

Figura 9 – Percentagem de respondentes por grau académico.

Figura 10 - Gráfico representativo do local de trabalho.

Figura 11 – Gráfico representativo sobre se o Médico Estomatologista exerce um trabalho generalista.

Figura 12 – Gráfico representativo das áreas de intervenção que mais se dedica.

Figura 13 – Gráfico representativo sobre se e o Médico Dentista exerce um trabalho generalista.

Figura 14 – Gráfico representativo das áreas de intervenção que mais se dedica.

Figura 15 – Gráfico representativo da especialidade possuída pelo respondente.

Figura 16 – Gráfico representativo da importância de se atribuírem novas especialidades.

Figura 17 – Gráfico representativo das áreas de intervenção que deveriam sofrer um processo de especialização.

Figura 18 - Gráfico representativo sobre o trabalho de equipa face o paciente.

Figura 19 - Gráfico representativo sobre o trabalho de equipa face a discussão de casos clínicos.

Figura 20 – Gráfico representativo sobre a abordagem por áreas de intervenção.

Figuras 21 - Gráfico representativo sobre o tipo de acompanhamento prestado ao paciente.

Figuras 22 - Gráfico representativo sobre a referência de pacientes quando não tem competências profissionais.

Figuras 23- Gráfico representativo sobre se o diálogo interpares traz vantagens na realização do diagnóstico.

Figuras 24- Gráfico representativo sobre se o diálogo interpares traz vantagens na realização do plano de tratamento.

Figuras 25- Gráfico representativo sobre se o diálogo interpares traz vantagens na realização do tratamento.

Figura 26 – Gráfico sobre a importância de um trabalho de equipa com outras vertentes profissionais.

Figura 27 - Gráfico representativo das áreas de intervenção incluídas mais frequentemente nos planos de tratamento multidisciplinares.

Figura 28 – Gráfico sobre outras áreas profissionais que foram inseridas em tratamentos multidisciplinares.

Figuras 29 – Gráfico sobre a importância da boa relação profissional entre Médicos Dentistas e Técnicos de Prótese.

Figuras 30 – Gráfico sobre a importância da boa relação profissional entre Médicos Dentistas e Higienistas Orais.

Figura 31 – Gráfico representativo sobre onde deveriam estar inseridos os Médicos Dentistas.

Figura 32 – Gráfico representativo da importância de apresentar um plano de tratamento aos doentes antes de realizar o tratamento.

Figura 33 – Percentagem de planos de tratamento entregues ao paciente antes do tratamento.

Figura 34 – Percentagem de orçamentos entregues ao pacientes antes do tratamento.

Figura 35 – Percentagem da prática multidisciplinar.

Figura 36 – Gráfico representativo das situações em que os profissionais entregam um consentimento informado escrito.

Figura 37 – Percentagem de consentimentos orais entregues.

Figura 38 – Gráfico ilustrativo da existência de uma unidade curricular que aborde a temática do tratamento multidisciplinar.

Figura 39 – Gráfico representativo da correlação entre perguntas do grupo II (1, 2, 3, 4, 5 e 9) e o género.

Figura 40 – Gráfico representativo da correlação entre perguntas do grupo II (6, 7 e 8) e o género.

Figura 41 – Gráfico representativo da correlação entre perguntas do grupo II (1, 2, 3, 4, 5 e 9) e os anos de formação.

Figura 42 – Gráfico representativo da correlação entre perguntas do grupo II (6, 7 e 8) e os anos de formação.

Figura 43 – Gráfico representativo da correlação entre a pergunta 10 do grupo II e os anos de formação.

Figura 44 – Gráfico representativo da correlação entre a pergunta 10 do grupo III e a instituição em que o respondente se formou.





## **Índice de tabelas**

Tabela 1 – Visão sociológica e psicossocial da definição de grupo.

Tabela 2 – Métodos de trabalho de equipa.

Tabela 3 – Domínios de competência e competências da Educação Interprofissional.

Tabela 4 – Quadro síntese de três estudos recentes, relacionados com a Educação Interprofissional em Medicina Dentária, utilizando como metodologia de investigação os questionários realizados aos estudantes de cada profissão envolvida no âmbito de saúde oral, para a obtenção das perspectivas dos estudantes em relação à contribuição da IPE na sua formação profissional.



## **Lista de abreviaturas**

ADEA – American Dental Education Association

ADEA CCI – ADEA Commission on Change and Innovation in Dental Education

CTSA – Clinical and Translational Science Awards

CBL – Case-Based Learning

IDEA – Interdisciplinary Dental Education Academy

IPC – Interprofessional Collaboration

IPE – Interprofessional Education

IPEC – Interprofessional Education Collaborative

NHS – National Health Service

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

PBL – Problem-Based Learning

SPEMD – Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária

UC – Unidade Curricular



## I. Introdução

### 1. Contextualização e justificação do trabalho

Diariamente o Médico Dentista é confrontado na sua prática clínica com os mais diversos planos de tratamento, exigindo muitas vezes a interseção de várias áreas de intervenção. Desta forma, o profissional procura responder a essas situações da melhor forma, sempre com o objetivo de prestar os melhores cuidados de atendimento do paciente. No entanto, o Médico Dentista pode encontrar algumas adversidades na resolução dos seus casos clínicos, que podem ser colmatadas com um plano de tratamento multidisciplinar, envolvendo um trabalho de equipa organizado e coordenado (Chapper & Goldani, 2004; Pinho, 2006; Müller, Plewnia, Becker, Rundel, Zimmermann & Körner, 2015).

Assim, o tema escolhido, versa sobre o tratamento em equipas multidisciplinares, fazendo um enquadramento desta filosofia de trabalho na prática na clínica. Neste contexto, a equipa de saúde deve ter a capacidade de gerir clinicamente o seu conhecimento científico tendo em conta outras questões de ordem social, cultural, económica e política (Saintrain & Vieira, 2008).

Nesta linha de pensamento, foi importante perceber e reflectir sobre algumas definições e conceitos, entre eles palavras do quotidiano, que nem sempre têm a mesma perceptibilidade para cada indivíduo.

No trabalho multidisciplinar, o conceito de grupo e de trabalho de equipa são fundamentais e basilares. Se estes dois conceitos estiverem bem interiorizados, livres de preconceitos, desenvolvidos de uma forma dinâmica, participativa e de espírito de partilha, está mais de meio caminho percorrido para a sua correta aplicabilidade. O interesse do uso desta filosofia serve um único fito, através da satisfação/expectativa do paciente e da melhor solução de tratamento, chegar ao sucesso clínico (Felício, 2013).

Desta forma, o raciocínio foi organizado de forma metódica, procurando perceber um outro conceito, igualmente importante: conceito de disciplina. A seguir, associados à palavra de origem vêem associados prefixos que condicionam posteriormente o significado de origem, servindo assim como uma espécie de *continuum* da palavra mãe. Deste modo, será importante, desmitificar a diferença entre esses três prefixos que

disputam o mesmo terreno, uma mesma raiz, a disciplina: multidisciplinaridade (ou pluridisciplinaridade) , interdisciplinaridade e transdisciplinaridade (Pombo, 2008).

A visão holística desta filosofia de pensamento, implica o envolvimento das humanidades (Filosofia, Comunicação, Sociologia, Antropologia) deixando de parte a ideia de ver o paciente como um “caso” e procurar vê-lo como um “Todo”(Godoi, Francesco, Duarte, Kemp & Silva-Lovato, 2009).

Em suma, a realização de um trabalho interdisciplinar implica uma equipa multidisciplinar onde exista a conjugação de diferentes saberes, o saber-saber, o saber-fazer, em prol de um maior e mais consistente sucesso clínico. Sendo bastante importante ter uma percepção do Estado da Arte, a partir de uma revisão bibliográfica e assim, conseguir clarificar e aumentar o conhecimento, simplificando *a posteriori* a interpretação dos resultados obtidos no final dos inquéritos.

## **2. Estado da Arte**

### **2.1 Definição de grupo e de trabalho de equipa**

Ao sabermos a definição da palavra grupo, que é utilizada desde sempre, tanto para representar um grupo de objetos, como num grupo de pessoas, deparamo-nos com várias correntes de pensamento. Segundo Alves (2009/2010), ao longo da nossa existência vamos convivendo em grupos, tendo estes um contexto familiar, desportivo, de amizade ou de trabalho. Ortiz (2000), citado por Alves (2009/2010), que reforçava a ideia de que era importante desenvolverem-se estratégias de intervenção dentro desses grupos, a partir de uma interpretação dinâmica do seu meio envolvente para perceber e compreender a filosofia dos indivíduos aí inseridos.

O estudo deste conceito tem vindo a levantar diferentes opiniões, oriundas das várias correntes antropológicas e sociológicas. Os autores levantam a questão sobre que tipo de abordagem se deve escolher ao avaliar este conceito, se centrada no indivíduo ou na sociedade, levando González (1997) e González e Barrul (1999), citados por Rodrigues (2004). a elencar um conjunto de autores e pensamentos, expondo assim as suas convergências e divergências. Assim para se fazer uma leitura mais clara e resumida, elaborou-se uma tabela de duas entradas (Tabela 1), permitindo visualizar uma perspectiva cronológica face à tipologia de pensamento.

Tabela 1 – Visão sociológica e psicossocial da definição de grupo.

Autor	Visão Sociológica
<b>Charles Fourier</b> (1772-1837)	Para o autor, o homem organizava-se por grupos segundo as suas preferências, isto porque entendia que a sua característica de se agrupar era-lhe intrínseca, e por isso, para um bem comum, agrupavam-se por preferências tornando-se assim mais produtivos nessa mesma área e socialmente menos conflituosos, como uma comunidade social utópica.
<b>Emile Durkheim</b> (1858-1917)	Este foi o primeiro autor a abordar a questão da existência de uma “consciência colectiva”, isto é, um pensamento que se rege pelo grupo, considerando que esta filosofia é o resultado do produto da evolução do homem dentro de uma comunidade, representando esta “consciência colectiva” como um elemento chave para explicação de fenómenos sociais. Assim, através de uma forma holística e dialética, o autor define o conceito de grupo como sendo simplesmente uma solução da adição das partes constituintes.
Autor	Visão Psicossocial
<b>Sigmund Freud</b> (1856-1939)	Segundo o autor é importante enaltecer o papel do líder nos processos identificativos de um grupo, a partir de um processo que se baseia na introspecção real ou imaginária. A construção de um grupo tem como pedra pilar os laços afetivos e libidinosos resultantes da relação entre os vários elementos, no entanto, o indivíduo continua passivamente a pertencer ao grupo, porque embora exista um quadro de forças irracionais estabelecido através dos vínculos grupais existentes em várias direcções, seram esses mesmos vínculos que irão facilitar o equilíbrio da personalidade do indivíduo.
<b>McDougall</b> (1871-1938)	O autor considera que num grupo desorganizado os seus membros tornam-se impulsivos, violentos e emotivos, acreditando que o conjunto desagrega o indivíduo, porque este em relação aos restantes elementos pensa e sente sob um plano inferior à média. Por outro lado, também acredita que as potencialidades do ser humano só podem ser optimizadas a partir da convivência em grupo dentro de uma sociedade. Desta forma, o autor, em 1920, menciona que o grupo, segundo uma perspectiva psicológica, pressupõe a existência de um determinado grau de actividade mental coletiva, de influência recíproca e, ao mesmo tempo, de uma interdependência entre os vários elementos, bem como de um certo grau de homogeneidade do pensamento coletivo.

**Nota.** Fonte: Adaptado de Rodrigues, A.S. (2004). A definição do conceito de grupo e suas implicações no funcionamento do sistema. O caso das Equipas Cirúrgicas (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.

Segundo Rodrigues (2004), também podemos aplicar uma visão de “Psicologia de Grupos” ao meio profissional, tendo como exemplo, os grupos profissionais em saúde que usaram esta filosofia como um instrumento de trabalho, retirando da mesma vantagens para o tratamento de doenças psicológicas e físicas.

Alves (2009/2010), referencia o fato de não existir uma verdadeira definição de grupo, porque esta sofre variações consoante a perspectiva do indivíduo que a emprega, tornando-se assim um conceito familiar a todos nós mas de difícil definição. Através da citação de dois autores diferentes, Alves (2009/2010), afirma que um grupo é: *“Uma unidade social que consiste num número de indivíduos que definem relações e regras entre eles, e que possuem valores, normas que regulam o comportamento dos membros ao nível de problemas e consequências do grupo.”* (citando Sherif & Sherif, 1956, in Carron, 1994, pp. 144); *“Um conjunto de indivíduos que partilham um destino comum, quer dizer, que são interdependentes no senso comum, mas se um evento afecta um membro é provável que afecte todos.”* (citando Fiedler, 1967, in Carron & Hausenblas, 1998, pp. 6).

A partir de um grupo de indivíduos, estão reunidas as condições para realizar um trabalho de equipa, que por sua vez é essencial para conseguir atingir um bom trabalho multidisciplinar. Ao longo dos tempos, a importância do trabalho de equipa tem sido ainda um ponto de discussão, existindo alguma confusão em relação à sua terminologia. Segundo Pinho (2006), o conceito ainda hoje predominante é a de um grupo constituído por dois ou mais indivíduos que interagem de forma interdependente, dinâmica e adaptativa procurando um objetivo em comum.

O trabalho de equipa multiprofissional, segundo Peduzzi (1998, 2001, 2007) é visto como uma modalidade de trabalho colectivo que é construída por uma relação recíproca, através de dois agentes que comunicam entre si para que, de uma forma cooperante, exista a articulação e configuração de ideias.

Pinho (2006), menciona a obra de Robbins em *Fundamentos do Comportamento Organizacional* de 2004, para justificar a reflexão sobre a distinção entre grupo de trabalho e equipa de trabalho, onde grupo de trabalho surge como um processo de interação no qual é utilizado para tomar decisões onde haja partilha de informações de forma a facilitar o desempenho de cada elemento dentro desse mesmo grupo. Neste caso, no grupo de trabalho, existe a reunião das contribuições individuais dos seus membros, contrapondo com a equipa de trabalho, que se rege pelos esforços individuais



que culminam num melhor nível de desempenho onde o resultado final será maior que a soma do trabalho individual.

De acordo com Hinojosa et al. (2001), citados por Pinho (2006), consideram que para se afirmar é importante criar uma cooperação entre os elementos de uma equipa, será necessário que se gere uma cultura colaborativa entre todos. Assim, idealizaram-se cinco passos para a criação de equipas, que incluem o estabelecimento da confiança, o desenvolvimento de crenças e atitudes comuns, o *empowering* dos membros da equipa, a necessidade de reuniões efectivas para a gestão das equipas e promoção de um *feedback* sobre o seu funcionamento.

Fortuna (1999) e Fortuna et al. (2005), definem o trabalho de equipa em saúde, como o fruto de “uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, em que é possível identificar processos grupais. Trabalhar em equipa equivale a relacionar-se” (Fortuna, 1999; Fortuna, Mishima, Matumoto, Pereira, 2005).

Drinka (2000), citado por Pinho (2006), propõe uma outra forma de definir e organizar o trabalho de equipa através de seis métodos, funcionando como um sistema eficiente de promoção da atenção. Estes métodos estão comprometidos se não forem compreendidos e utilizados corretamente. Desta forma, na tabela 2 está representada uma adaptação dos métodos referenciados por Drinka (2000), citados por Pinho (2006).

Tabela 2 – Métodos de trabalho de equipa.

Método	Conceito de Trabalho de Equipa
<b>Primeiro</b>	“É o grupo de tarefa que consiste num grupo escolhido ou formado por um líder onde as regras são colocadas pelo grupo para resolver um problema e dispensá-lo.”
<b>Segundo</b>	“É um grupo de trabalho formal unidisciplinar cujos componentes são médicos de diversas especialidades e possui as seguintes características: a liderança ser feita pela eleição ou posição ocupada, as identidades individuais serem mais importantes do que diagnósticos integrados, não trabalhar os problemas da equipa, atenção específica da disciplina.”
<b>Terceiro</b>	“Consiste num grupo de trabalho formal multidisciplinar composto por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais.”
<b>Quarto</b>	“É formado por uma equipa unidisciplinar interativa, composta por médicos de múltiplas especialidades cujas características formadoras dizem respeito aos diagnósticos serem integrados, a existência de objetivos para os pacientes e para a equipa, a interdependência entre membros, estrutura da equipa que permite a colaboração, liderança orientada para o êxito de acordo com a expertise.”
<b>Quinto</b>	“ É a equipa interdisciplinar interativa cujas características são as mesmas do método anterior.”
<b>Sexto</b>	“É a prática autónoma, cuja característica central é que os indivíduos tomam as decisões baseando-se nos seus conhecimentos.”

**Nota.** Fonte: Adaptado de Pinho, M.C.G. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficazes. *Ciências & Cognição*, 08, 68-87.

Em suma, o conceito de trabalho de equipa também não tem uma definição única. Segundo Peduzzi (2007), existe uma grande necessidade de rigor teórico e metodológico nos estudos sobre trabalho de equipa, porque ainda se verificam muitas variantes na sua definição. Da mesma forma, existem outras terminologias que estão associadas ao trabalho de equipa que são usados de forma imprecisa e indiscriminada, por exemplo, os termos: “multidisciplinaridade”, “interdisciplinaridade” e “transdisciplinaridade”, que frequentemente são usados pelas pessoas como sinónimos, equivalentes ou intercambiáveis e, no entanto, na literatura são definidos como sendo diferentes.

Estas três palavras surgem da união de duas palavras, da palavra de origem “disciplina” e do prefixo “multi-“, “inter-“ ou “trans-“. Desta forma, será importante perceber

primeiro a definição da palavra de origem para a seguir compreender e aplicar corretamente as outras palavras que daí se formam.

## **2.2 Definição de Disciplina**

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, Academia das Ciências de Lisboa (2001), um dos significados da palavra “disciplina” representa um “ domínio particular ou área específica que é objeto delimitado de ensino”.

Assim, podemos entender disciplina como o conhecimento que é adquirido pelo indivíduo e que passa a fazer parte do seu saber intelectual, não sendo apenas uma informação assimilada por este, mas sim um conjunto de conhecimentos linguísticos, artísticos e científicos que fazem parte de uma Unidade Curricular. (Philippi, Tucci, Hogan & Navegantes, 2000).

Sabendo a definição de “disciplina” e tendo em conta o “trabalho de equipa”, chega-se ao termo “multidisciplinaridade” e tomando-o como ponto de partida, constrói-se a distinção das outras duas variações: interdisciplinariedade e transdisciplinariedade (Pombo, 2008).

Riga et al. (2014), referenciaram que a partir de um processo dinâmico e objetivo de conhecimento, que se baseia em pilares ideológicos e conceptuais de observação, os binómios hipótese-manifestação ou lógica-pensamento, ou mesmo regras-leis, evoluem para a reconstrução disciplinar em multi – inter – trans – disciplinaridade (Riga, S., Riga, D., Geacăr & Ardelean, 2014)

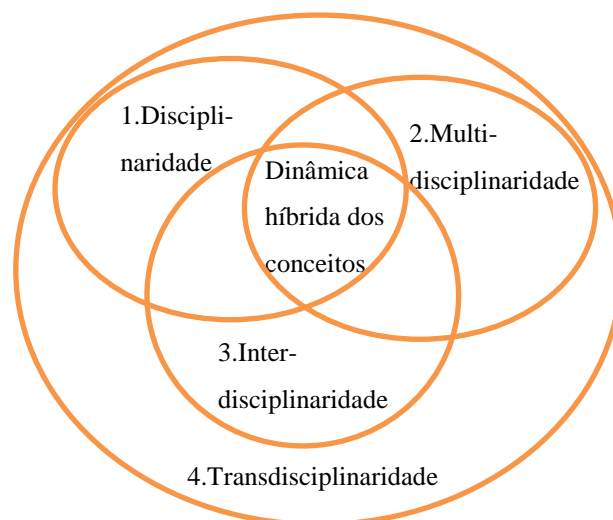


Figura 1 - Dinâmica híbrida dos conceitos

**Nota.** Fonte: Adaptado de Riga, S., Riga, D., Geacăr & Ardelean, A. (2014). Transdisciplinarity in bio-medicine, neuroscience and psychiatry: the bio-psycho-social model (p. 202). *Proc. Rom. Acad.*, 16(3), 201-208.

### 2.3 Definição de multidisciplinaridade

Assim, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, Academia das Ciências de Lisboa (2001), a “multidisciplinaridade” refere-se à “qualidade do que é multidisciplinar”, que por sua vez “é relativo a várias disciplinas ou especialidades”.

Segundo Brandão (2000), citado por Tavares et al. (2012), esta ocorre quando o profissional transmite a sua visão consoante a sua especialidade, procurando observar cada elemento individualmente. Desta forma, os profissionais intervenientes numa equipa multidisciplinar procuram avaliar de forma independente o paciente (Tavares, Vendruscolo, Kostulski & Gonçalves, 2012).

A partir da multidisciplinaridade, podemos verificar a análise de um objeto a partir de duas ou mais especialidades diferentes, sem que haja a necessidade de comunicação entre ambas, continuando cada profissional a realizar o seu trabalho segundo a sua visão unidisciplinar (Philippi et al., 2000).

No entanto, segundo Fossi e Guareschi (2004), uma equipa multidisciplinar deve tentar ir mais além, isto é, procurar uma relação entre profissionais de modo a que o paciente deixe de ser visto como um objeto e passe a ser um todo, criando um atendimento humanizado. Este tipo de atendimento visa promover reuniões entre os vários

profissionais intervenientes, procurando que estes consigam em conjunto atingir o mesmo objetivo, correspondendo positivamente às necessidades do paciente e conseguindo assim o seu bem estar geral.

Surgem assim, outros dois termos: interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

## **2.4 Definição de interdisciplinaridade**

O primeiro, interdisciplinaridade, não procura remover nem diminuir a especificidade das disciplinas, mas sim permitir a comunicação e troca de perspectivas entre profissionais, possibilitando deste modo ter uma visão de outras realidades. Segundo Jayme Paviani (n.d.), citado por Pimenta (2005), a interdisciplinaridade vai “conservar e superar as diferenças na identidade do conhecimento; são a própria vida do saber”.

Segundo Pimenta (2013), um processo de especialização permite-nos aumentar a nossa capacidade de leitura sobre uma determinada questão, citando que, “É como a utilização da lupa para analisar uma determinada realidade”. No entanto, esta “lupa” mencionada pelo autor permite simultaneamente ver mais, como observar menos, porque centraliza a nossa atenção e torna-a mais restringida. Assim, acabamos por ser, ao mesmo tempo, indivíduos sábios e ignorantes.

A interdisciplinaridade permite-nos ter uma nova percepção da divisão do saber, pois esta, vai procurar uma interação das perspectivas e visões individuais de cada profissional. Deste modo, afasta-se da fragmentação do saber, porque procura uma união harmoniosa do conhecimento através da partilha de ideias, opiniões e explicações. A interdisciplinaridade sobrepõe-se em todos os elementos do conhecimento, gerando uma única resposta (Urban, Maia & Scheibel, 2009) .

Neste contexto, Pimenta (2013), refere que a interdisciplinaridade vai nos despertar para a importância de olharmos para outras realidades, permitindo ao indivíduo interiorizar e utilizar outras formas de procedimentos.

Segundo Maldonado e Canella (2009), citado por Tavares et al. (2012), em saúde devemos optar por uma prática em equipa, onde as competências profissionais não seriam atribuídas a um único profissional, mas a um conjunto de profissionais de diversas áreas e especialidades formando assim uma equipa interdisciplinar. Esta, por sua vez, procura estudar as interações psicossociais e somáticas de forma a chegar a um

tratamento adequado que proporcione uma prática integradora, focada na totalidade dos aspectos inter-relacionados com a saúde e a doença

Pimenta (2013), refere que a interdisciplinaridade traz à realidade o papel de cada disciplina, numa tentativa do indivíduo assimilar, a partir da informação transmitida, uma ideia desconhecida. Este conhecimento, acaba por ser adquirido pela possibilidade de diálogo e disponibilidade de ouvir o outro, criadas pela convivência interdisciplinar. Desta forma, aquele que pratica uma abordagem interdisciplinar, aumenta a capacidade de diálogo e a probabilidade de ser mais humilde face ao conhecimento de todos.

Saintrain e Vieira (2008), referenciam que para obter a interdisciplinaridade é necessário que existam equipas multidisciplinares e multiprofissionais que respondem por etapas. Nestas equipas, obriga à existência de um líder para as tomadas de decisão, este líder tem o papel de reunir, integrar e combinar os conhecimentos, teorias e tipologias que estão em discussão. A interdisciplinaridade é caracterizada por uma filosofia colaborativa entre as diferentes disciplinas, onde existe uma interação dinâmica entre os vários saberes, uma relação recíproca e multilateral que culmina no enriquecimento de cada entidade participante em todo este processo interativo. Deste modo, ao utilizarmos a interdisciplinaridade estamos a ultrapassar as barreiras profissionais entre as disciplinas, bem como a questionar entre os vários elementos destas equipas a ideia de procura de soluções para permitir uma prática organizacional, onde serão tidos em conta os vários saberes, atitudes e valores.

## **2.5 Definição de transdisciplinaridade**

O segundo termo, a transdisciplinaridade, referenciado por Jayme Paviani (n.d.), citado por Pimenta (2005), acaba por ser ainda mais amplo que o último, porque consiste na possibilidade de criar uma ponte entre a ciência, a arte, a religião, a política, etc. Desta forma, deixamos de ter apenas uma visão científica da situação para procurar pontos em comum entre a ciência e a cultura, assumindo uma capacidade de transcender as relações internas e externas de duas ou mais disciplinas e assim, ultrapassar a própria articulação entre as disciplinas.

A transdisciplinaridade é um passo além da interdisciplinaridade, pois procura agregação dos diferentes saberes, para chegar a um plano mais profundo de interação. Neste plano, inclui-se outros tipos de disciplinas que abordam questões éticas,

psicológicas, económicas, religiosas, entre outras, culminando numa visão holística da situação (Bicalho & Oliveira, 2011).

O propósito da transdisciplinaridade baseia-se na gnoseologia/epistemologia, heurística e holística, isto significa, que é uma teoria baseada em várias formas de atingir o conhecimento. Tanto pelo o método da tentativa e erro, como pela visão metafísica do conhecimento, assim como, pela visão da valorização do produto do todo, pela soma das partes (Riga *et al.*, 2014).

## **2.6 Definição de modelo biopsicossocial**

Segundo Engel (1977), o Modelo Biopsicossocial, traz como vantagens a abordagem do paciente e da sua doença como um todo. No qual, deve pesar os fatores psicossociais e biológicos do paciente, apreciar a disfunção e a disforia do paciente em aceitar ou não a negociação e a responsabilidade de cooperar no processo de tratamento. O Modelo Biopsicossocial, apresentado pelo autor, revela que o olhar além dos fatores biológicos torna possível explicar porquê que alguns indivíduos encaram a doença como doença e outros como um problema de vida. Deste modo, carregam o peso emocional através dos sintomas somáticos.

O legado de George Engel, está na capacidade de compreender e perceber adequadamente o sofrimento do paciente, transformando este modelo como uma plataforma dinâmica e interativa, numa visão dualista da experiência humana influenciada pelo corpo e pela mente (Borrel-Carrió, Suchman & Epstein).

Segundo o modelo biomédico, as doenças são causadas por fatores externos e internos. Sendo os externos, atribuídos aos fatores químicos, físicos e microbiológicos. Quanto aos internos, são apontadas três grandes categorias, a vascular, a imunológica e a metabólica. No entanto, não tomando em conta os fatores psicossociais da doença, que no caso de doenças crónicas alteram crenças, atitudes e comportamentos, levam a desumanização da medicina moderna. O modelo de Engel, contraria esta visão, com a interdisciplinaridade do estudo das relações bio-psico-sociais, resultando novas disciplinas como psiconeuroendocrinologia e psiconeuro-imunologia (Havelka, Lučanin, J. D. & . Lučanin, D., 2009).

Fava e Sonino (2008), reforçam que o modelo biopsicossocial, que permite que a doença seja vista como o resultado entre todos os níveis do meio envolvente que

interagem com os mecanismos celulares e orgânicos do indivíduo. Será a influência do meio no indivíduo, citando o modelo de Engel como resposta conceptual de resposta.

O progresso vanguardista leva-nos à medicina global, na medida que responde às necessidades práticas e palpáveis do problema com a trivalência do bio-psico-social que reforça o peso análise do diagnóstico e da terapia, ao nível da medicina preventiva e curativa e nas estratégias dos programas de saúde pública (Riga, 2014).

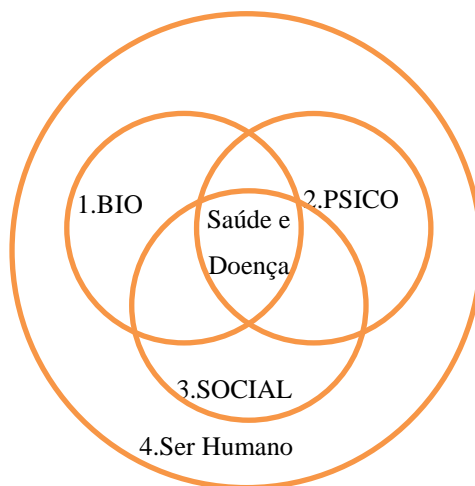


Figura 2 – Inserção do ser humano e da saúde /doença dentro da trivalência do modelo bio-psico-social

**Nota.** Fonte: Adaptado de Riga, S., Riga, D., Geacă & Ardelean, A. (2014). Transdisciplinarity in bio-medicine, neuroscience and psychiatry: the bio-psycho-social model (p. 203). *Proc. Rom. Acad.*, 16(3), 201-208.

## **2.7 Multidisciplinaridade nas ciências da saúde e na prática da Medicina Dentária**

A filosofia multidisciplinar tem vindo a ser incorporada nas ciências básicas da saúde ao longo dos tempos, permitindo evidenciar as limitações de uma abordagem unidirecional em saúde e evidenciando a relevância da existência de múltiplos fatores envolvidos num tratamento das diferentes condições patológicas. A partir do surgimento da necessidade de uma capacidade de síntese dos conhecimentos interiorizados para chegar a um melhor resultado final, tem-se vindo a integrar, cada vez mais, em saúde as equipas multidisciplinares (Chapper & Goldani, 2004).

Godoi et al. (2009), referem a importância da integração das equipas multidisciplinares em saúde, dando um exemplo da necessidade, cada vez mais sentida nos hospitais, na hora do atendimento de um determinado grupo de pacientes onde o tratamento no



consultório dentário está contraindicado, quer por falta de infraestruturas adequadas para esses procedimentos quer por não existirem equipas auxiliares preparadas e bem treinadas para responder a situações mais adversas e diferenciadas. Para além desse grupo de pacientes, existem também pacientes em regime de internamento hospitalar, no qual este tipo de equipas oferece vantagens.

De um modo geral, Chapper e Goldani (2004), demonstram que atualmente existe uma tendência mundial para a promoção de saúde, e assim, através de uma argumentação fundamentada nas evidências científicas, procura-se enaltecer a importância que deve ser dada às relações entre a cavidade oral e algumas das manifestações de doenças sistémicas de forma geral. A criação de equipas multidisciplinares, que se preocupam com a promoção da saúde, pode ser considerado como um passo importante para otimização da necessidade de contextualizar e interligar saberes, através de uma justaposição de conhecimentos.

Outro ponto de vista tem sido referenciado ao longo dos anos, pela necessidade e pela preocupação de se desenvolverem novos caminhos no método global de aprendizagem. Esta abordagem com enfoque no ensino e na aprendizagem, nasce do desenvolvimento e da modernização dos tempos, onde outros desafios se apresentam. Na ótica de Smith et al. (2006), também é fundamental para o desenvolvimento dos programas educacionais a percepção e a avaliação dos estudantes face aos mesmos (Smith, Lennon, Brook, Ritucci & Robinson, 2006).

O correr do tempo levou ao dinamismo do crescimento e da procura de novos saberes. Vários estudos relativos à reforma do método de ensino, debruçaram-se sobre as expectativas e experiências relatadas pelos estudantes que a estavam a viver. Um dos exemplos, foi o estudo realizado por Smith et al. (2006), onde se reportou uma análise positiva da experiência vivida por parte dos estudantes, pois permitiu-lhes através de diferentes contextos, adquirir novos conhecimentos e aprenderem outras abordagens clínicas.

Os estudos até agora realizados, demonstraram simultaneamente que os estudantes desenvolveram positivamente as suas capacidades de trabalho de equipa. Outros relataram ainda que o aumento da partilha de experiências e o fato de adquirirem, com este tipo de abordagem, uma visão mais holística e pragmática do paciente, contribuiu para o melhoramento da sua formação profissional e da sua visão da realidade face ao

trabalho clínico diário (Leisnert, Karlsson, Franklin & Wretlind, 2012; Ritchie, Dann & Ford, 2013; Evans, Henderson & Johnson, 2013).

Nos últimos anos, o trabalho através de uma equipa multiprofissional, tem-se vindo a tornar cada vez mais importante. Este tipo de visão é essencial tanto na prática clínica diária como na formação de novos profissionais. No entanto, o método tradicional de aprendizagem ainda está muito presente no ensino, este individualiza a formação dos profissionais pela sua área de atuação, criando técnicos que olham para a patologia de uma forma independente e limitada. Assim, deveria ser dada a oportunidade de uma aprendizagem conjunta com a partilha de conhecimentos entre os vários estudantes que cursam profissões diferentes, todos com o objetivo comum, o de melhorarem a comunicação e o trabalho de equipa (Morison, Marley, Stevenson & Milner, 2008).

Olson e Bialocerkowski (2014) constataam que a introdução progressiva do conceito de *Interprofessional Education* (IPE) em saúde, com o intuito de melhorar o trabalho de equipa e a colaboração entre os diferentes profissionais de saúde, promove a melhoria dos cuidados e o aumento do conhecimento sobre os diversos papéis de cada profissional.

Neste tipo de abordagem, verifica-se uma tendência para melhorar a qualidade dos serviços prestados, especialmente pelo surgimento nas últimas décadas de uma necessidade de um tipo de tratamento complexo na população envelhecida e no paciente com doenças crónicas (Formicola et al., 2012). Segundo estes autores, a educação profissional académica tem incentivado a introdução de programas de ensino comuns entre as diferentes profissões de saúde, para incutir na formação dos alunos a percepção dos papéis e responsabilidades dos diferentes profissionais de saúde. Reforçam que deve existir espírito de colaboração para uma melhoria do atendimento. Deste modo, os métodos educativos tendem a progredir em direcção ao planeamento e implementação de experiências interprofissionais.

A IPE, tem sido um suporte para se poder testar a consistência do trabalho multidisciplinar colocando estudantes de duas ou mais profissões relacionadas com saúde, em aprendizagem conjunta, durante um período de tempo estipulado e com o intuito de melhorar e cultivar a colaboração e o trabalho de equipa entre eles. Esta IPE, pretende contribuir para um aumento da qualidade do atendimento do paciente, a nível

individual e populacional (Morison et al., 2008; Formicola et al., 2012; Olson & Bialocerkowski, 2014; Zanotti, Sartor & Canova, 2015).

A IPE, para ser eficaz, necessita de ser implementada de uma forma regular para que o aluno adquira competências e capacidades e para que haja uma otimização do trabalho dentro de uma equipa interprofissional. Desta forma, procura-se reduzir as barreiras e estereótipos existentes entre as diferentes profissões de saúde (Morison et al., 2008).

Uma outra corrente surge com o conceito de *Interprofessional Collaboration* (IPC), fundado a partir de uma dinâmica positiva do trabalho de equipa, fator bastante importante para a prática clínica. Assim, a partir do conhecimento do estudante sobre os vários profissionais de saúde melhorara-se os cuidados de atendimento, pois colaboram os pacientes, os familiares, os profissionais e as comunidades. Neste tipo de intervenção, garante-se a segurança do paciente bem como as capacidades de cada membro da equipa e dos serviços gerais de saúde (Zanotti et al., 2015).

Formicola et al. (2012), com base na avaliação da IPE, reportam a importância da adopção de quatro domínios de competência, recomendados pela *Interprofessional Education Collaborative* (IPEC), sintetizando-os numa tabela de domínios de competências, competências e exemplos de meios de avaliação.

Na tabela 3, encontra-se representada uma adaptação resumida, expondo apenas o domínio de competência e a competência.

Tabela 3 - Domínios de competência e competências da IPE.

Domínio de Competência	
<b>Valores/Ética</b>	Trabalhar com indivíduos de outras profissões para possibilitar a partilha de valores e mantendo, ao mesmo tempo um clima de respeito mútuo.
<b>Papéis e Responsabilidades</b>	Fazer a avaliação e abordagem adequada das necessidades de saúde das populações e dos pacientes com um conhecimento próprio do seu dever.
<b>Comunicação</b>	Utilizar a comunicação com os pacientes, famílias, comunidades e outros profissionais, como um instrumento que visa melhorar a abordagem como equipa, com o intuito de manter e promover a saúde e o tratamento da doença.
<b>Equipa/Trabalho de Equipa</b>	Instituir os princípios de dinâmica de trabalho de equipa e de valores de construção de um relacionamento entre profissionais, para planear e prestar cuidados ao paciente de forma eficiente, equitativa, eficaz, oportuna e segura. Percebendo as diferentes funções da equipa.

**Nota.** Fonte: Adaptado de Formicola, A.J., Andrieu, SC, Buchanan, J.A., Childs, G.S., Gibbs, M., Inglehart, M.R., Kalenderian, E., Pyle, M.A., D'Abreu, K. & Evans, L. (2012). Interprofessional Education in U.S. and Canadian Dental Schools: An ADEA Team Study Group Report. *Journal of Dental Education*, 76(9), 1250-1268.

Nos últimos anos, realizaram-se alguns estudos sobre a importância do trabalho IPE em Medicina Dentária, com o objetivo de melhorar a visão holística dos estudantes sobre os pacientes, bem como as das suas capacidades e conhecimentos sobre o trabalho com outros tipos de profissões de saúde, baseando-se num trabalho de equipa. A maioria dos estudos realizados demonstraram resultados positivos, com a existência de um aumento progressivo dessas competências, mas salientam que os números não podem ser extrapolados e generalizados universalmente, pelo fato de o tamanho das amostras tratadas serem relativamente pequenas e porque são estudos realizados no seio universitário (Formicola et al., 2012; Leisnert et al., 2012; Ritchie et al, 2013; Evans, et al., 2013; Zanotti et al., 2015).

Na tabela 4, observa-se um quadro síntese de três estudos recentes, relacionados com a IPE em Medicina Dentária, utilizando como metodologia de investigação os questionários realizados aos estudantes de cada profissão envolvida no âmbito de saúde oral, para a obtenção das perspectivas dos estudantes em relação à contribuição da IPE na sua formação profissional.

Tabela 4 – Perspectivas dos estudantes face à IPE (Continua)

Estudos	Amostra	Objetivos	Conclusões
<b>Leisnert, Karlsson, Franklin, Lindh &amp; Wretlind (2012) - Sweden</b>	<b>Número de estudantes:</b> Medicina Dentária 34 Higiene Oral	Analisar o trabalho de equipa durante a formação profissional de estudantes Médicos Dentistas e higienistas para aferir se existiu: Aumento do conhecimento e introspeção sobre o papel e as competências de cada profissão. Desenvolvimento de uma visão holística no tipo de abordagem realizada em relação ao paciente.	Existiu um aumento do conhecimento dos estudantes sobre as competências de cada profissão e desenvolveu-se uma abordagem holística do paciente
<b>“Improving teamwork between students from two professional programmes in dental education”</b>	24		
<b>Ritchie, Dann &amp; Ford (2013) - Australia</b>	<b>Dois grupos de estudo, cada um com 93 estudantes:</b> <b>Grupo1:</b> Programa tradicional (TRAD) <b>Grupo 2:</b> Programa de aprendizagem integrado (INT) com cursos combinados para estudantes de Medicina Dentária e terapeutas em saúde oral.	Apoiar o desenvolvimento das capacidades, atitudes e conhecimentos necessárias para o desenvolvimento do trabalho de equipa em saúde oral para fornecer ao paciente um melhor atendimento possível.	Existiu uma melhoria da compreensão dos papéis e responsabilidades atribuídas às respectivas profissões no atendimento do paciente.
<b>“Shared learning for oral health therapy and dental students: enhanced understanding of roles and responsibilities through interprofessional education”</b>			

**Nota.** Fonte: Adaptado de Leisnert, L., Karlsson, M., Franklin, I. & Wretlind, K. (2012). Improving teamwork between students from two professional programmes in dental education. *European Journal of Dental Education*, 16, 17-26.; Ritchie, C., Dann, L. & Ford, P.J. (2013). Shared learning for oral health therapy and dental students: enhanced understanding of roles and responsibilities through interprofessional education. *European Journal of Dental Education*, 17, 56-63.; Evans, J.L., Henderson, A. & Johnson, N.W. (2013). Traditional and Interprofessional Curricula for Dental Technology: Perceptions of Students in Two Programs in Australia. *Journal of Dental Education*, 77(9), 1225-1236.

Tabela 4 – Perspectivas dos estudantes face à IPE (Continuação)

Estudos	Amostra	Objetivos	Conclusões
<b>Evans, Henderson &amp; Johnson (2013) - Australia</b>	<b>Dois grupos de estudo de estudantes segundo um:</b>	Comparar e contrastar as percepções do estudantes de prótese dentária, incorporados em dois programas de educação diferentes, sobre o seu papel, responsabilidade, comunicação e capacidade do trabalho de equipa.	Existiu uma aprendizagem interprofissional que pode mudar as atitudes tradicionais e, potencialmente, melhorar as oportunidades de colaboração entre os dois grupos de estudo. Desta forma, foi sugerida a remodelação do currículo profissional com base na IPE para melhorar significativamente a capacidade de trabalho de equipa e comunicação.
<b>“Traditional and Interprofessional Curricula for Dental Technology: Perceptions of Students in Two Programs in Australia”</b>	<b>Programa tradicional:</b> 30 <b>Programa IPE:</b> 19		

**Nota.** Fonte: Adaptado de Leisnert, L., Karlsson, M., Franklin, I. & Wretling, K. (2012). Improving teamwork between students from two professional programmes in dental education. *European Journal of Dental Education*, 16, 17-26.; Ritchie, C., Dann, L. & Ford, P.J. (2013). Shared learning for oral health therapy and dental students: enhanced understanding of roles and responsibilities through interprofessional education. *European Journal of Dental Education*, 17, 56-63.; Evans, J.L., Henderson, A. & Johnson, N.W. (2013). Traditional and Interprofessional Curricula for Dental Technology: Perceptions of Students in Two Programs in Australia. *Journal of Dental Education*, 77(9), 1225-1236.

Nestes artigos, esteve sempre presente a ideia, de que hoje em dia, as alterações epidemiológicas das doenças da cavidade oral e o envelhecimento da própria população, promoveram o surgimento de tratamentos dentários mais complexos que implicam uma melhoria da cooperação entre os diferentes membros da equipa dentária, por forma a responder, da melhor forma, às necessidades do paciente. Para que este trabalho seja eficaz é necessário um conhecimento dos profissionais envolvidos (Higienistas, Técnicos de Prótese, Terapeutas em Saúde Oral, entre outras profissões de saúde) e suas competências sempre com o foco da eficiência e eficácia do trabalho em equipa, rumo ao sucesso clínico. (Leisnert et al., 2012; Ritchie et al., 2013; Evans et al., 2013).

Deste modo, o surgimento de uma equipa constituída por uma variedade de membros de diferentes áreas, relacionadas com a saúde, permite que se crie um modelo de equipa de saúde centralizado no paciente. Assim, a inclusão da IPE na formação dos futuros estudantes proporcionou a oportunidade de interagirem e partilhar conhecimentos e deste modo aprenderem uns com os outros o papel de cada um na equipa. Esta filosofia afasta-se do modelo tradicional de ensino, que se centra mais numa educação uniprofissional, com foco centrado na matéria da disciplina curricular e na transmissão de conhecimento assente na aula do professor (Leisnert et al., 2012; Ritchie et al., 2013; Evans et al., 2013).

Segundo Zanotti et al. (2015), a IPE, demonstrou ser, ao longo dos tempos, desafiante no seu método ensino, apresenta estratégias eficazes na prática clínica diária e ao mesmo tempo, consegue envolver os alunos de uma forma direta e ativa no seu processo de aprendizagem. Estes autores também ressaltam a necessidade de um maior número de pesquisas para perceber as vantagens da IPE na formação de novos profissionais, bem como da qualidade dos cuidados de saúde prestados a partir desta tipologia de trabalho de equipa colaborativo.

Existe outra questão que deverá ser chamada à atenção. Alguns tratamentos dentários interativos têm sido executados por outro tipo de profissionais que não Médicos Dentistas. Indivíduos designados inicialmente por “Enfermeiros Dentários” e mais recentemente por “Terapeutas de Saúde Oral”. Não é um assunto muito bem esclarecido visto que a prática destas identidades varia consoante o país em que trabalham, não existindo um consenso. Desta forma, percebemos que também seria importante existir uma IPE que refleti-se o papel destes profissionais nos cuidados da saúde oral e as

vantagens da sua integração na equipa multidisciplinar , bem como do seu trabalho de intervenção no tratamento de doenças crónicas, como a cárie dentária (Wright et al., 2013).

Para além dos estudos mencionados anteriormente, Begg et al. (2014), mencionam o programa da *Clinical and Translational Science Awards* (CTSA), apoiado pelos *National Health Service* (NHS), constituído por uma comunidade de cerca 60 instituições de pesquisa biomédica, nos Estados Unidos da América. Este esforço está suportado por uma filosofia conhecida por translacional, que visa acelerar todo o processo de transmissão de dados e de informação das pesquisas desenvolvidas em laboratório ou ambiente clínico de investigação em cada um dos organismos da comunidade científica envolvida. Este tipo de transferência de informação permite uma partilha muito rápida do conhecimento, assim como a transmissão aos estudantes dos protocolos de tratamento de última geração.

A pesquisa translacional, através das várias disciplinas médicas e da ciência, acelera e multiplica, o processo da biomedicina, neurociência e outras disciplinas no âmbito da saúde e da desordem psíquica. Esta transmissão de conhecimento, é disseminada numa corrente contínua (Riga et al., 2014).

Begg et al. (2014), mencionam que nesse programa, estão incluídas 14 áreas temáticas, e tem como objetivo específico o trabalho investigativo da abordagem de equipas interdisciplinares na formação profissional do estudante. Deste modo, o programa CTSA utiliza como ferramenta de trabalho, uma metodologia de ensino baseado na pesquisa, sendo importante determinar o que funciona e o que não funciona neste tipo de abordagens. O conceito de ciência interdisciplinar requer um esforço da própria equipa na procura de um trabalho de equipa que envolve a colaboração e contribuição de todos os membros do grupo de trabalho, que neste caso, se aplica a cientistas que representam pelo menos duas disciplinas diferentes. No entanto, são abordadas de forma conjunta através de uma pesquisa comum, para chegar à “ciência de equipa interdisciplinar”

A partir dos resultados obtidos no seu estudo, Begg et al. (2014), concluíram dois aspectos bastantes importantes e que devem estar bem esclarecidos para o sucesso do programa CTSA: O primeiro, realça a importância da formação dos jovens investigadores para a aprendizagem específica da “ciência da equipa interdisciplinar”,



justificada especialmente por vivermos ao longo dos séculos num ambiente que está em constante mutação, como o da ciência; e o segundo, é o fato de não existir, ainda, uma metodologia educativa que seja universalmente praticada em todas as instituições CTSA, que dê resposta às necessidades de uma formação interdisciplinar.

A Clínica Integrada é um outro ponto da reforma do ensino, que segundo Arruda et al. (2009), é bastante importante na formação académica dos profissionais de saúde, na medida em que permitiu aos estudantes, após uma aprendizagem isolada de um conjunto de disciplinas, integrá-las todas num único contexto, percebendo assim a complexidade do dia a dia da sua profissão. Este tipo de abordagem, ocorreu primeiro no âmbito de medicina geral, tendo sido anos mais tarde extrapolada e integrada na formação dos novos Médicos Dentistas. Esta iniciativa serviu como um elo de ligação entre os conhecimentos adquiridos ao longo do curso pelos estudantes e a prática clínica (Arruda, Siviero, Soares, Costa & Tortamano, 2009).

Deste modo, será importante existir um enquadramento lógico e ordenado dos conhecimentos, atitudes e capacidades de pensamento dos estudantes, desenvolvendo as suas capacidades de síntese de informação, para que se realize bom diagnóstico, plano de tratamento e execução clínica (Nadershahi, Bender, Beck & Alexander, 2013a).

Arruda et al. (2009), referem que a Clínica Integrada vai proporcionar ao paciente um prognóstico favorável e previsível. Esta deve ser integrada no último ano do curso, para fornecer ao estudante informações complementares às obtidas anteriormente e existir então mais tarde uma justaposição de conhecimentos.

Nadershahi et al. (2013b), acreditam ter maior eficácia para o estudante, a implementação do ensino multidisciplinar no contexto da prática clínica. Deste modo, vai permitir o desenvolvimento do pensamento crítico através de um relacionamento mais próximo entre aluno e professor e da resolução de problemas mais complexos do quotidiano clínico. Este tipo de ensino, acarreta um grande potencial, porque promove a colaboração entre diferentes disciplinas no ensino clínico dos estudantes (Nadershahi, Bender, Beck, Lyon & Blaseio, 2013b).

A reforma nos métodos de aprendizagem em Medicina Dentária é um tema bastante abordado e que tem sofrido inúmeras alterações nos seus métodos de ensino continuando ainda em permanente mutação, conforme apresentam

Nadershahi et al. (2013a, 2013b), dois artigos diferentes sobre os temas: “*A Case Study on Development of an Integrated, Multidisciplinary Dental Curriculum*”; e “*An Overview of Case-Based and Problem- Based Learning Methodologies for Dental Education*”. Nestes artigos, os autores fazem uma revisão da literatura através de um enquadramento histórico da evolução da reforma do ensino, contemplando nesses artigos a necessidade de um currículo multidisciplinar na Medicina Dentária, referindo introdução de um dos dois métodos de aprendizagem: *Problem-Based Learning* (PBL) e *Case-Based Learning* (CBL). Estes dois métodos de ensino diferem na medida em que um está centrada na aprendizagem com base nos problemas, o PBL, enquanto que o CBL está focalizado na aprendizagem com base nos casos clínicos. A partir deste métodos de ensino, caminha-se em direção ao desenvolvimento de cursos multi e interdisciplinares.

Segundo Nadershahi et al. (2013a), no início do século XX, foram realizados vários relatórios sobre o Estado da Arte da educação profissional em saúde. A *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* financiou a realização de uma série de relatórios, primeiro em relação à medicina em geral, com a publicação de Flexner em 1910, “*Medical education in the United States and Canada*” e anos mais tarde, sobre a Medicina Dentária, com a publicação de Gies em 1926, “*Dental education in the United States and Canada*”. Nestas publicações, foram realizadas críticas e lançados desafios ao método de ensino para que houvesse uma reforma na educação. Subsequentemente, foram publicados outros artigos como o de Field em 1995, “*Dental education at the crossroads: challenges and change*”, através do *Institute of Medicine* (IOM), onde foi sugerida uma modernização do ensino, com a implementação no currículo de uma unidade de clínica integrada, tendo como base científica o cuidado clínico. Assim, no seguimento dos acontecimentos, a *American Dental Education Association* (ADEA) fundou em 2005, *ADEA Commission on Change and Innovation in Dental Education* (ADEA CCI), com o intuito de que esta comissão desenvolva iniciativas e programas que apoiem a reforma do ensino em Medicina Dentária, tendo como pilar as considerações anteriormente reportadas por Gies e Field nos seus relatórios

No entanto, Nadershahi et al. (2013b), reportam que embora o ensino, ao longo dos tempos, tenha sido alvo de constantes críticas à sua reforma, a partir de uma avaliação e progressão das competências e da liderança da educação académica em Medicina

Dentária, ainda existe um longo percurso a percorrer para otimizar o trabalho já realizado.

Neste tipo de reforma, o objetivo visa melhorar o aproveitamento dos estudantes permitindo-lhes aceder à informação para que depois sejam capazes de fazer uma análise crítica e construtiva dos problemas clínicos em situações reais e, no fim, aplicar os seus conhecimentos na prática clínica diária. Para além disso, devem adquirir uma capacidade de síntese a partir de uma abordagem multidisciplinar com base em situações clínicas reais (Nadershahi et al., 2013a).

Nadershahi et al. (2013b), referem que a possibilidade de integrar e relacionar as várias ciências clínicas, biomédicas e comportamentais contribui para uma melhoria da prática clínica do estudante.

O primeiro método, o PBL, em 1969, foi bastante utilizado na América do Norte como modelo de ensino, depois da Universidade McMaster ter implementado no seu currículo de ensino médico. A seguir, em 1979, foi adaptado pela Universidade do Novo México, generalizando-se mais tarde para outras universidades nos Estados Unidos da América, incluindo Harvard. A seguir, este método de ensino foi estabelecido nas escolas de medicina e recomendado pela *World Federation of Medical Education* e *World Health Organization*. O PBL é definido como sendo um método de ensino no qual se utiliza os problemas de um paciente de forma a que o aluno, através dos seus conhecimentos básicos, aprenda a aplicá-los e no fim consiga resolvê-los. Ao mesmo tempo, pode haver uma estimulação do trabalho de equipa entre estudantes. A partir deste método, identificou-se como sendo um elemento chave, a boa análise do problema, utilizando pequenas reuniões entre alunos e professores, tendo o professor como elemento facilitador da aprendizagem. Os autores referem ainda, que esta gestão em torno do professor serve para incutir no aluno a capacidade de identificar e classificar o problema, para que numa futura reunião se aborde a forma de resolução desse mesmo problema (Nadershahi et al., 2013b).

Por outro lado, Nadershahi et al. (2013a), referem que o CBL, implica a utilização de casos clínicos para ensinar como se deve abordar o paciente em situações reais, para que este consiga tomar decisões e resolver problemas no decorrer da sua prática clínica.

Em relação aos dois métodos de aprendizagem, o PBL e o CBL, compartilham filosofias de pensamento muito semelhantes e ao mesmo tempo importantes. No entanto, ambas diferem em alguns aspectos fundamentais. Acredita-se que o CBL seja mais eficaz num estudante que já tenha adquirido os conhecimentos básicos e que neste momento os aplique na sua prática clínica. Enquanto que no PBL, o estudante ainda está numa fase de aprendizagem dos conhecimentos básicos e apenas irá aprender uma forma de abordar os casos em futuras situações clínicas (Nadershahi et al., 2013b).

No segmento deste contexto, Arruda et al. (2009), enaltecem a importância da implementação de métodos inovadores e eficientes no ensino/aprendizagem das disciplinas no pré-clínico, para que mais tarde funcionem como ferramenta de trabalho na prática clínica e possam melhorar o desempenho do aluno. Ao longo desta etapa de ensino, é igualmente essencial o acompanhamento dos professores para o progresso da formação profissional do estudante .

Segundo Nadershahi et al. (2013a), este tipo de reformas, permitem a formação de futuros profissionais com maiores capacidades de pensamento e raciocínio que serão necessários na prática clínica diária.

Para além disso, esta abordagem multidisciplinar proporciona uma apreciação mais profunda dos estudantes sobre a complexidade do trabalho clínico diário, no que diz respeito ao diagnóstico e plano de tratamento. Neste estilo de ensino, os estudantes abrem os seus horizontes, compreendendo a importância da existência da qualidade nos serviços de saúde oral , bem como deve ser feita uma sensibilização cultural, educando os pacientes para a prevenção da doença. O ensino multidisciplinar requer uma colaboração entre as várias disciplinas académicas tal como uma reestruturação da cultura organizacional. (Nadershahi et al., 2013b).

Por fim, para uma abordagem multidisciplinar mais completa, também é importante, segundo Donate-Bartfield, Lobb e Roucka (2014), ter uma visão holística do paciente, dando ênfase a um modelo biopsicossocial, no qual se procura um aumento da empatia entre médico-paciente, estabelecendo um elo mais forte entre ambos. Essa ligação vai contribuir para um ensinamento mais eficaz da saúde oral. Os autores referem também a relevância da melhoria da comunicação entre o médico e o “paciente cultural e linguisticamente diferente”, surgindo a necessidade de integrar no ensino uma vertente sobre cuidados dentários culturalmente sensíveis, reflectindo numa atenção sobre o

planos de tratamento, métodos educativos e a importância do consentimento informado sobre este tipo de pacientes.

Desta forma, o ensino deve guiar-se pela modernização da prática clínica face à rápida mudança do meio envolvente. Matheos, Storrs, Foster e Oberholzer (2012), referem ser indispensável a existência de uma colaboração interdisciplinar e interprofissional entre os membros da equipa, especialistas e profissionais de saúde de modo a otimizar a gestão eficaz do paciente. Lançando o desafio de formar profissionais com uma visão mais ampla do paciente, vendo-o como um ser integral através de uma abordagem interprofissional.

Já Chapper e Goldani (2004), tinham referenciado que a integração das equipas multidisciplinares permitia observar “o paciente como um todo”, conduzindo a uma reforma do pensamento, isto é, pensar na saúde como um universo complexo de relações onde a interação e integração das diferentes disciplinas tenham como foco principal da questão a saúde e como objetivo final o paciente.

Em relação à educação em Medicina Dentária, verifica-se que o seu desenvolvimento em termos de ensino, ocorre maioritariamente no aumento das competências dos procedimentos clínicos em relação ao diagnóstico, planeamento e execução dos tratamentos. No entanto, o ensino acaba por não dar o devido valor aos cuidados culturalmente sensíveis, pois requer uma mudança das perspectivas tanto dos alunos como dos professores, sobre temas mais culturalmente abrangentes (Donate-Bartfield et al., 2014). Segundo estes autores, a competência cultural encontra-se muito dependente da capacidade de ensinamento das ciências comportamentais, tendo como objetivo inculcar nos estudantes uma boa capacidade de julgamento aberto e comunicativo do médico, permitindo uma melhoria da empatia entre médico-paciente.

Desta forma, Dehghan, Harrison, Langham, Scarbecz e Amini (2015), referem que o objetivo do ensinamento académico em Medicina Dentária é encontrar uma sistema ideal e eficaz de aprendizagem, respondendo desta forma às necessidades dos estudantes utilizando dois tipos de modelos de aprendizagem em situações diferentes. Um dos modelos está baseado num método tradicional, que se centra nas necessidades educativas dos estudantes e menos no paciente em si.

A seguir, fala de um segundo modelo, que visa um atendimento integral, onde pelo contrário, a aprendizagem é mais focada no paciente, proporcionando um tratamento dentário mais oportuno e abrangente ao paciente combinando com um ensinamento baseado na experiência do aluno.

Estes autores, realizaram um estudo com o objetivo de investigar a perspectiva dos estudantes de Medicina Dentária que experienciaram a transição entre os dois modelos referidos anteriormente, onde houve nesse programa a introdução de um grupo de professores líderes, com o papel de mentores.

A partir dos resultados dos questionários, Dehghan et al. (2015), pretendiam aferir a opinião dos estudantes relativamente aos professores, em relação à eficiência e disponibilidade dos mesmos na exposição dos diferentes estilos de procedimentos clínicos, bem como o tipo de experiência colaborativa vivida entre aluno-professor e o stress existente durante a sua prática clínica.

No fim, os estudantes relataram uma melhoria da qualidade do relacionamento entre aluno-professor, que facilitou o atendimento mais eficiente do paciente, permitindo ao aluno receber, de forma direta e ativa, a experiência profissional dos mentores, sendo bastante enriquecedor para sua futura carreira profissional. No entanto, vários estudantes mencionaram que um sistema de rotação dos mentores, seria uma mais valia para a sua experiência educativa, propondo uma troca de liderança de três, seis ou 12 meses, dando assim a possibilidade do aluno trabalhar com uma variedade de professores (Dehghan et al., 2015).

Hoje em dia, cada vez mais as entidades reguladoras do ensino de cada universidade, enaltecem a importância da introdução do conceito multidisciplinar num momento de pré-graduação do estudante. No entanto, também é relevante incentivar esta filosofia de pensamento num ensino pós-graduado para podermos dar continuação ao trabalho realizado inicialmente na formação do profissional.

Na vanguarda desta filosofia, está a *Interdisciplinary Dental Education Academy (IDEA)*, que reúne cerca de 20 Médicos Dentistas de renome internacional, quer pela sua carreira académica, quer pela sua prática clínica. Um elenco encabeçado por Robert Lamb, contando com a contribuição de outros grandes nomes, como Dennis Tarnow, Pascal Magne, Sadao Sato, Heike Krämer, John West, Ziv Mazor, Pierpaolo Cortellini,

entre outros profissionais, com o intuito de reunir um conjunto de Médicos Dentistas bastante diversificado e internacional. Estes são profissionais de topo pela sua inovação e pela sua ruptura com a Medicina Dentária tradicional. O fato de serem referências mundiais, e dada a sua disponibilidade de contato direto com estudantes, faz com que a IDEA seja uma referência na área. Esta academia oferece ao estudante um conjunto de cursos baseados em “*hands-on training*”, isto é, a prática a cima de tudo, oferecendo um laboratório personalizado a cada estudante. O lema desta academia é “*Hear it. See it. Do it*”, transmitindo a ideia de que o centro da atenção está no “Ouvir, ver e fazer” (informação disponível em: <http://www.ideausa.net/> ).

A partir desta revisão do Estado da Arte dos vários conceitos abordados anteriormente e da multidisciplinaridade em saúde e em Medicina Dentária, seguiu-se outra etapa, a construção de um inquérito piloto para a recolha de informação. Deste modo, a tese segue uma trajectória de investigação de metodologia mista, quantitativa e qualitativa, com o intuito de avaliar a relevância do plano de tratamento multidisciplinar em Medicina Dentária. Neste estudo, é destacado o peso que estes profissionais atribuem à prática do tratamento multidisciplinar e o grau de implementação que lhe é atribuído na sua prática clínica, quer estejam integrados na carreira académica, ou não.





## **II. Objetivos Principal e Secundários**

Neste estudo, o objetivo principal é compreender a relevância, para os Médicos Dentistas, do plano de tratamento multidisciplinar em Medicina Dentária e da sua implementação pelos profissionais integrados ou não na carreira académica. Na amostra em estudo, foram igualmente introduzidos os Médicos Estomatologistas, dado que todos os inquiridos faziam parte de um grupo de associados da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (SPEMD).

Através do objetivo principal procurou-se obter respostas a algumas questões primordiais:

1. Se o Médico Dentista e Médico Estomatologista ,no seu trabalho multidisciplinar na prática clínica, procuram a colaboração e interação entre profissionais? (Interdisciplinaridade)
2. Se o paciente é visto como um objeto ou como um todo? (Transdisciplinaridade)
3. Se é importante a aplicação das equipas multidisciplinares nos tratamentos complexos?
4. Quais as áreas de intervenção envolvidas neste tipo de tratamento multidisciplinar?

Foram igualmente definidos objetivos secundários, para uma melhor compreensão da dinâmica do tema, assim como da tipologia de trabalho de equipa.

Com base na análise da literatura internacional pretendeu-se:

- Verificar o significado dos conceitos de: grupo, trabalho de equipa e disciplina;
- Verificar o significado de multidisciplinaridade (ou pluridisciplinaridade), interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, bem como a diferença do tipo de trabalho consoante cada um dos conceitos;
- Avaliar a importância da aplicação das equipas interdisciplinares em tratamentos complexos.



### **III. Materiais e Métodos**

#### **1. Tipo de estudo**

Este trabalho de investigação insere-se num tipo de estudo observacional, analítico e transversal, utilizando uma metodologia investigativa quantitativa e qualitativa.

“Qualquer investigação empírica pressupõe uma recolha de dados” (Hill, M. M. & Hill, A., 2000).

Neste trabalho, utilizou-se um inquérito piloto para a obtenção desses dados informativos, mas sendo piloto foi necessário primeiro realizar vários pré-testes para aprimorar o nosso inquérito final.

O objetivo principal do estudo foi a da recolha de informação para perceber a visibilidade do trabalho multidisciplinar na comunidade Médico-Dentária e verificar também, quais as potenciais áreas de intervenção a integrar nessas mesmas equipas.

#### **2. Estudo Analítico**

##### **2.1 Selecção da amostra**

Segundo Ribeiro (2010), a população representa o conjunto de pessoas ou objetos a partir dos quais queremos retirar as nossas conclusões, após termos os resultados dos inquéritos. Por outro lado, a amostra representa um subgrupo da população que nós seleccionamos, no qual pretendemos obter informações.

A população inclui o conjunto total dos casos, que correspondem às entidades da investigação empírica, no qual nós iremos obter as informações. No entanto, será o objetivo do estudo que irá definir a natureza e a dimensão da população (Hill, M. M. & Hill, A., 2000).

No presente estudo, ao definirmos a nossa população, esta é representada por todos os Médicos Dentistas e Médicos Médico Estomatologistas em Portugal, no entanto, o nosso universo de amostragem é constituído apenas pelo conjunto de Médicos Dentistas e Médicos Estomatologistas associados à SPEMD.

Desta forma, foi solicitada a colaboração da SPEMD, para que através da sua base de dados de associados, enviasse o nosso inquérito, por correio electrónico, apenas aos sócios já formados.

Este processo de selecção de amostra designa-se por amostragem, e é um passo importante a realizar quando elaboramos um questionário. Segundo Ribeiro (2010), quando não conseguimos uma população alvo de pelo menos 2000 indivíduos, devemos realizar um estudo por amostragem onde se realiza uma selecção do tamanho da amostra.

Hill, M. M. e Hill, A. (2000), reforçam a ideia de que para podermos fazer uma extrapolação das conclusões de forma correta é necessário obter uma amostra representativa desse mesmo universo e, desta forma, será possível aceitar as conclusões obtidas com um razoável nível de confiança. Assim, uma amostra ideal deverá representar um microcosmo da população.

Ribeiro (2010), cita vários autores, que referem conseguir-se obter características sensíveis da população a partir de amostras com cerca de 40 ou 80 indivíduos. No entanto, uma amostra de 100 indivíduos já tem uma representação da população mais segura.

O nosso universo de amostragem é constituído por 2124 indivíduos, fazendo parte deste 1881 Médicos Dentistas e 243 Médicos Estomatologistas. No entanto, como o inquérito foi realizado através de uma plataforma *online*, era necessário que os dados dos associados estivessem com o respectivo *e-mail* em dia, por este motivo apenas foi enviado o *link* do inquérito para 1299 associados.

Desta forma, a nossa amostra é representada por 1299 associados, dos quais 1191 eram Médicos Dentistas e 108 Médicos Estomatologistas, constituindo assim a nossa verdadeira amostra do estudo.

## **2.2 Critérios de inclusão**

Neste estudo, incluíram-se Médicos Dentistas e Médicos Estomatologistas associados à SPEMD.

## 2.3 Critérios de exclusão

Excluíram-se:

- Associados estudantes.
- Sócios da SPEMD que não tinham os dados pessoais completos, essencialmente por não terem o respetivo *e-mail* actualizado.

## 2.4 Recolha de dados

A recolha de dados foi efectuada a partir do envio de um *e-mail*, por parte da SPEMD aos seus associados, onde inicialmente tinha um texto introdutório sobre o projecto, para que se fizesse um enquadramento do tema e dos seus objetivos, informando também que o conteúdo do estudo era da total responsabilidade dos autores do trabalho sendo a participação facultativa e as respostas confidenciais. No segmento desta informação, era colocado a ligação para a realização do inquérito, que foi elaborado através da *Plataforma Google Forms*.

## 2.5 Construção do inquérito piloto e metodologia utilizada

Para elaborar um inquérito é necessário ter em conta diferentes variáveis durante a sua realização, tais como: a selecção dos itens, os obstáculos que surgem na sua construção, a padronização, tendo com objetivo final a concretização de um inquérito o mais eficiente possível. Desta forma, também é necessário passar por outros passos, que vão desde da sua validação, fidegindade e aferição até à sua padronização. No entanto, devemos começar por decidir o que queremos e como queremos medir, tendo sempre em conta a qualidade da medida desse mesmo objeto de estudo (Pocinho, 2012).

Segundo Hill, M. M. e Hill, A. (2000), para a concretização de um bom questionário a palavra chave é “planeamento”, isto é, para que o investigador consiga tomar decisões acertadas tem que se ter guiado por um bom planeamento.

No presente estudo, e para a elaboração de um bom inquérito, realizaram-se previamente pré-testes, antes de se aplicar o inquérito piloto à nossa amostra, para se obter, deste modo, um inquérito final otimizado. Assim, ao longo desse período de tempo, foram realizadas alterações nas perguntas iniciais para facilitar a interpretação do inquirido.

Mattheos et al (2012), referenciam a importância da utilização de palavras de fácil compreensão e de precisão linguística e semântica, para não suscitar no inquirido confusão e controvérsia durante a realização do inquérito, demonstrando a relevância de um processo de validação do mesmo.

Neste processo, foram eliminadas perguntas após uma análise das críticas e opiniões dos inquiridos, maioritariamente por serem consideradas não relevantes para o inquérito, repetitivas ou redundantes. Estes pré-testes, permitiram-nos fazer uma re-estruturação do inquérito através desse “*feedback*”. No entanto, não houve um processo concreto de validação, visto que o nosso objetivo principal era obtenção de informação sobre o panorama geral da multidisciplinaridade na comunidade Médico-Dentária em Portugal.

No total, foram realizadas três versões pré-teste, tendo-se recorrido a uma pequena amostra constituída por: Médicos Dentistas formados recentemente, Médicos Dentistas com alguns anos de formação e Médicos Estomatologistas, assim como, um professor de estatística, com o objetivo de se obter uma perspectiva crítica o mais diversificada possível. A quarta versão obtida após esta análise de pré-testes, correspondeu à estruturação deste inquérito piloto (Anexo 2).

Após termos o inquérito final e a aprovação da SPEMD, iniciou-se o envio dos inquéritos a 8 de Julho de 2015. Este inquérito foi enviado em dois períodos diferentes, para conseguirmos uma amostra mais representativa da população, concluindo a admissão dos dados a 8 de Agosto de 2015, perfazendo assim um mês que o questionário esteve disponível.

Na figura 3, está ilustrado o cabeçalho do inquérito, onde foram dadas informações iniciais sobre em que âmbito de disciplina se realizava a tese, a universidade onde decorria, o nome do aluno e do orientador, o tema e objetivos da tese, considerações éticas e o tempo de duração do mesmo. No final agradecia-se a colaboração do inquirido.

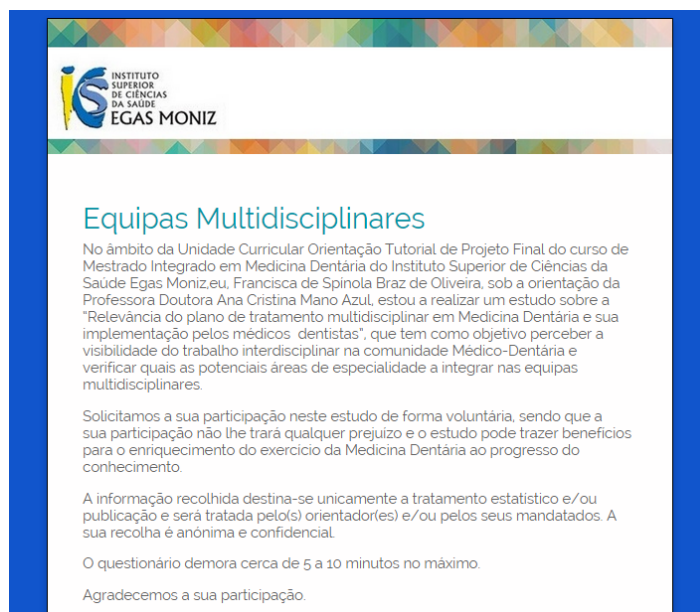


Figura 3 - Cabeçalho do inquérito

Neste estudo, a amostra possui dois tipos de inquiridos, o que levou à necessidade de se estabelecer um Perfil Médico Dentista e um Perfil Médico Estomatologista.

Em relação à sua estruturação, foram definidos no inquérito três grupos de perguntas:

- Grupo I - Perfil do inquirido
- Grupo II - Tratamento de casos clínicos complexos
- Grupo III - Prática clínica diária

Os sistemas de resposta utilizados neste inquérito foram os seguintes: a) resposta de escolha múltipla com uma única ou várias opções de escolha dependendo do enquadramento da questão; b) resposta de Sim/Não; c) resposta aberta; e d) resposta a partir de uma Escala de LiKert, muito utilizada para a avaliação de atitudes.

Segundo Ribeiro (2010), a Escala de Likert consiste na concordância ou discordância do inquirido perante um conjunto de afirmações que lhe são expostas. Este responde através de uma escala de intensidade, por exemplo, “concordo bastante”, “concordo”, “indeciso”, “discordo”, “discordo bastante”, ou “nunca”, “quase nunca”, “indeciso”, “quase sempre”, “sempre”. No presente estudo, utilizou-se uma escala de 5 pontos, tendo como extremidades da escala: discordo totalmente e concordo totalmente.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

Figura 4 - Escala de Likert associada ao questionário, adaptada do inquérito *online*.

### **3. Análise Estatística**

O tratamento e análise estatística do estudo foi efectuada com o recurso a uma folha de cálculo do Microsoft Excel 2010, no qual foi realizado também todo o tratamento de dados, para posteriormente, se construírem os gráficos e se fazerem as devidas correlações entre as diferentes perguntas entre dois grupos distintos.

### **4. Considerações éticas**

O estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz , com a respetiva aprovação da realização do inquérito final (Anexo 1). No entanto, o Consentimento Informado era transmitido ao participante através do texto introdutório anteriormente observado na figura 3.

Deste modo, o consentimento do participante era obtido a partir da concretização, ou não, do inquérito, que não era de carácter obrigatório. Os inquiridos foram esclarecidos relativamente à utilização dos dados obtidos exclusivamente para análise estatística, mantendo-se o anonimato e confidencialidade de cada indivíduo.



## Resultados

**1. Grupo I - Perfil da Amostra****1.1 Caracterização Geral**

Na figura 5, temos representada a percentagem de respondentes por género e verificou-se que a maioria das respostas foi dada por indivíduos do sexo feminino. Em relação à profissão predominante dos respondentes, demonstrado na figura 6, constatou-se que dos 143 profissionais que responderam ao inquérito, 95% são Médicos Dentistas e 5% são Médicos Estomatologistas.

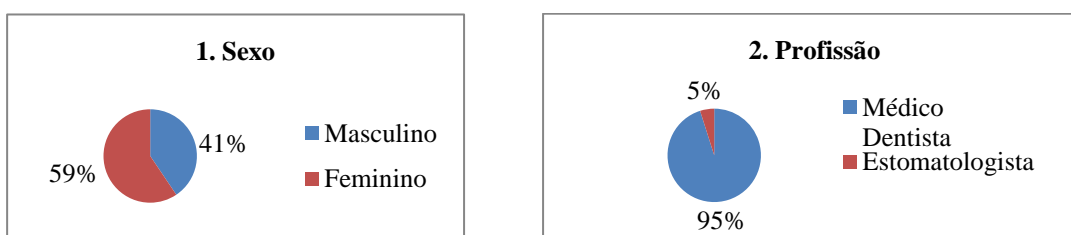


Figura 5 e 6 – Percentagens de respondentes por género, e de respondentes por profissão, respetivamente.

Para uma caracterização mais completa de cada indivíduo, houve a preocupação de recolher a informação sobre há quantos anos se encontra formado, em que instituição se formou, bem como a tipologia do seu grau académico.

Deste modo, na figura 7, constatou-se que em relação aos anos de formação, a maioria das respostas obtidas estavam muito equilibradas, tanto a partir de indivíduos formados recentemente (38%), como formados entre 6 a 20 anos (37%), inclusive. Neste ponto, deve-se ter em conta que, apenas 25% da amostra era representada por indivíduos com mais de 20 anos de formação.

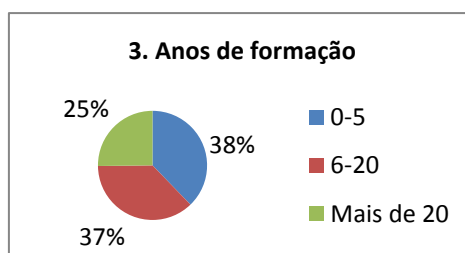


Figura 7 – Percentagem dos respondentes por anos de formação.

As instituições que evidenciaram maior frequência, por ordem decrescente foram: a Faculdade de Medicina Dentária – Universidade de Lisboa, mas de seguida apresentam-se em execucao a Faculdade de Medicina Dentária – Universidade do Porto e o Instituto superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. Na figura 8, estão ilustradas as respostas, no entanto existe um grupo adicional no gráfico para os profissionais que se formaram em mais que uma instituição.

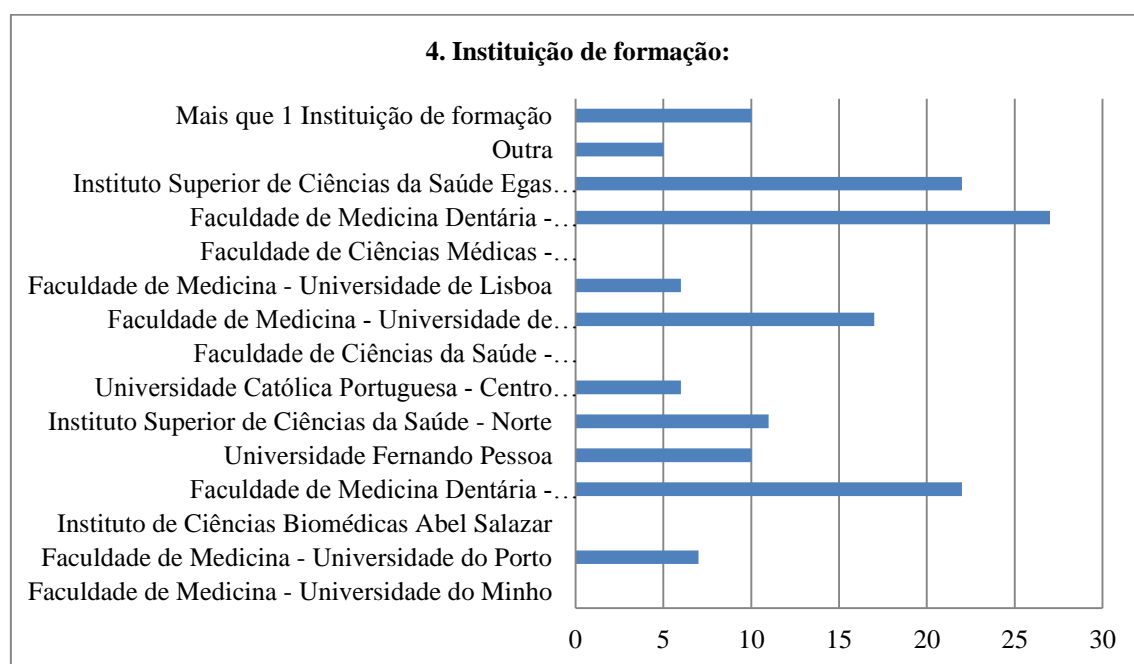


Figura 8 – Gráfico representativo da instituição de formação.

**Nota.** Eixo das abcissas: Número de respondentes. Eixo das coordenadas: Instituição de formação.

Em relação à tipologia do grau académico adquirido por cada respondente, verificou-se no gráfico 9 que 45% da amostra já possui o mestrado integrado, contrapondo com 28% dos respondentes que têm como base de curso a licenciatura (pré-Bolonha). No entanto, existe uma percentagem da amostra, que *a posteriori* do termo do curso base, continuaram o seu percurso académico, no qual, 15% dos respondentes têm mestrado de 2º ciclo, 8% o doutoramento e só 4% têm a agregação.

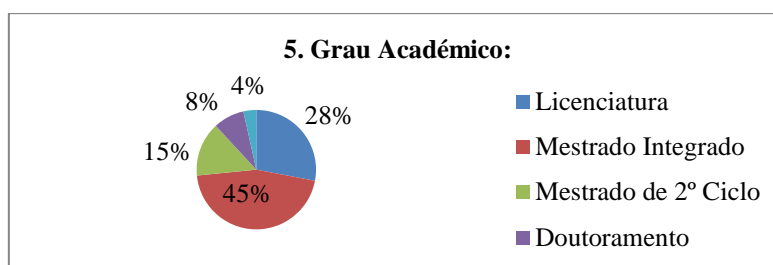


Figura 9 – Percentagem de respondentes por grau académico.

No presente estudo, a partir da observação da figura 10, podemos constatar que 90 indivíduos realizam a sua prática profissional diária em regime de exclusividade, isto é, em clínicas privadas. Os restantes distribuem-se entre aqueles que praticam só em meio hospitalar, só em meio académico, só em centros de saúde ou em dois ou mais locais diferentes. Verificou-se que uma minoria de 6 indivíduos, concilia a sua actividade profissional entre três locais diferentes, sendo estes o meio hospitalar, a clínica privada e o meio académico.

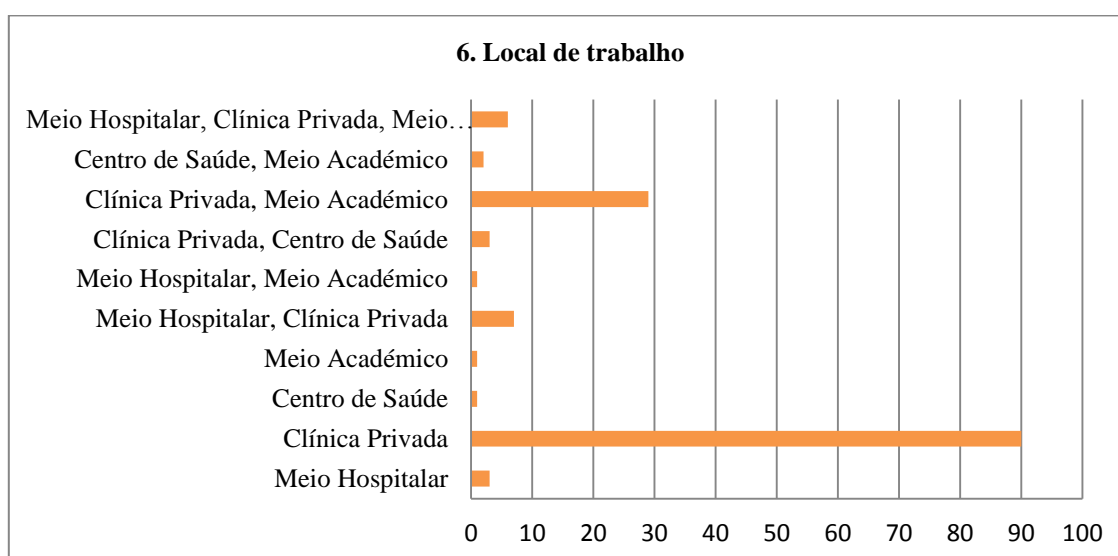


Figura 10 - Gráfico representativo do local de trabalho.

**Nota.** Eixo das abcissas: Número de respondentes. Eixo das coordenadas: Local de trabalho.

## 1.2 Perfil do grupo Estomatologista

Em relação ao Perfil Estomatologista, representado por uma amostra de 7 Médicos Estomatologistas, verifica-se através da figura 11, exercem fundamentalmente um trabalho generalista.

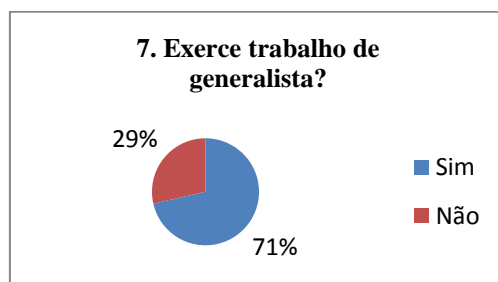


Figura 11 – Gráfico representativo sobre se o Médico Estomatologista exerce um trabalho generalista.

No entanto, na questão seguinte, aprimorando com maior rigor as áreas de intervenção que são praticadas com maior frequência dentro da prática generalista, obtiveram-se outros resultados igualmente relevantes, observados através da figura 12. Assim, dos sete, seis praticam com maior frequência Cirurgia Oral, quatro dedicam-se às áreas de Medicina Oral ou de Dentisteria, três exercem as áreas de Dor Temporo-Mandibular/Dor Orofacial, Periodontologia, Prostodontia ou Endodontia. Por último, apenas um indivíduo da presente amostra, se dedica à área de Medicina Dentária e Comunitária e nenhum destes Médicos Médicos Estomatologistas se dedica à área de Odontogeriatría.

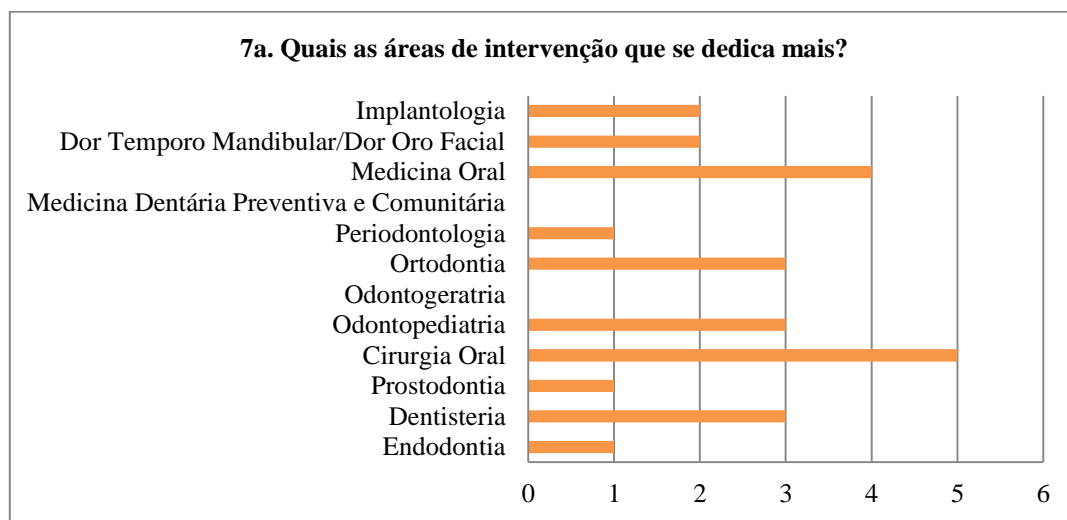


Figura 12 – Gráfico representativo das áreas de intervenção que mais se dedica.

**Nota.** Eixo das abcissas: Número de Médicos Estomatologistas respondentes. Eixo das ordenadas: Área de intervenção.

### 1.3 Perfil do grupo Médico Dentista

Na figura 13, verifica-se que a maioria dos Médicos Dentistas do estudo exerce um trabalho generalista (84%). Na figura 14, estão ilustradas as áreas de intervenção que estes profissionais mais se dedicam, sendo: a Dentisteria, a Endodontia e a Cirurgia Oral. Do lado oposto da balança, as três áreas menos seleccionadas foram as seguintes: Dor Temporo-Mandibular/Dor Oro Facial, Medicina Oral e Odontogeriatrics.

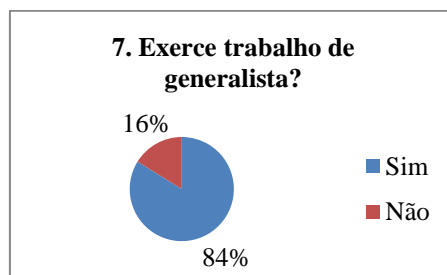


Figura 13 – Gráfico representativo sobre se e o Médico Dentista exerce um trabalho generalista.

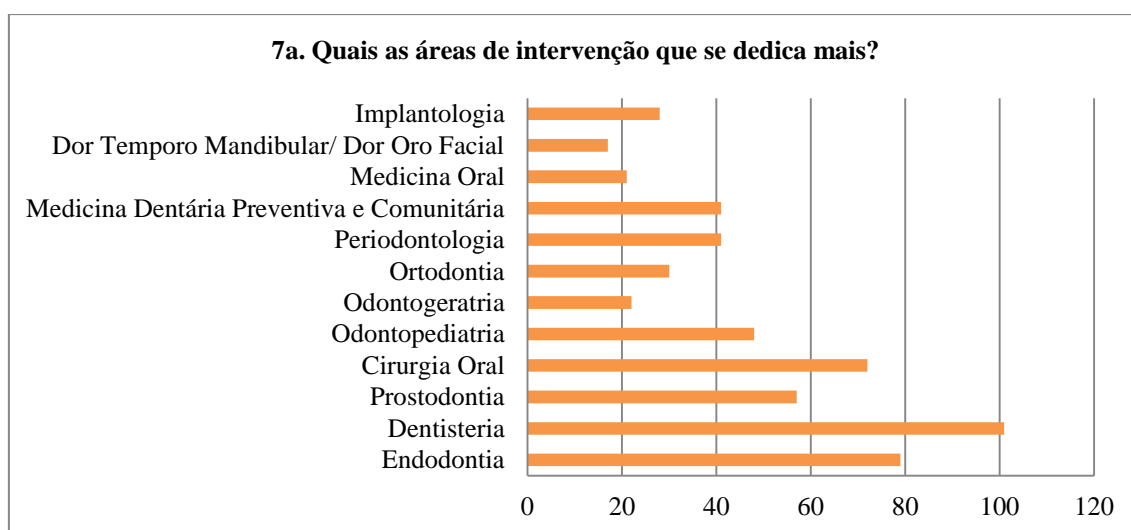


Figura 14 – Gráfico representativo das áreas de intervenção que mais se dedica.

**Nota.** Eixo das abcissas: Número de Médicos Dentistas respondentes. Eixo das coordenadas: Área de intervenção.

No que se refere ao grupo Médicos Dentistas, foram realizadas quatro perguntas adicionais, dirigidas apenas a estes, tais como: “Possui uma especialidade reconhecida pela OMD?”; “No caso de possuir uma ou mais especialidade, dedica-se apenas a essas áreas de trabalho?”; “Considera importante a introdução de novas especialidades para

além das mencionadas na pergunta 8?” e “Quais das áreas de intervenção selecionaria?”.

Segundo os dados obtidos através do inquérito, na figura 15, observa-se que 95% dos Médicos Dentistas não possui uma especialidade reconhecida pela OMD, sendo que apenas 4% tem especialidade de Ortodontia, 1% de Cirurgia Oral e nenhum dos inquiridos têm as duas especialidades. Em relação aos que possuem a especialidade, a maioria dedica-se em exclusivo a essa actividade.

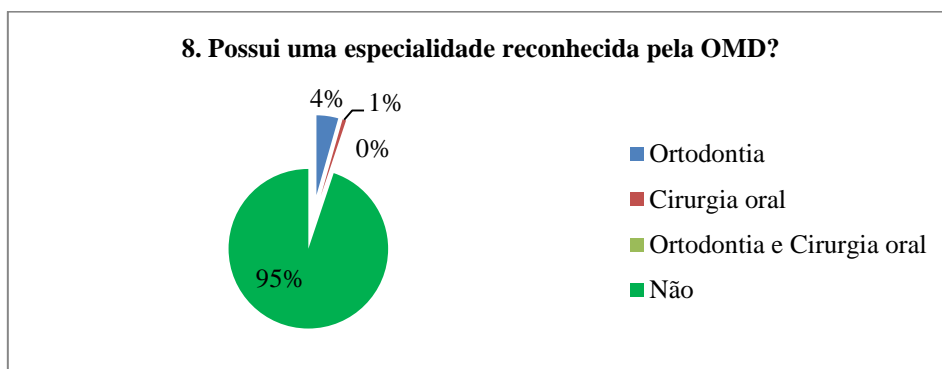


Figura 15 – Gráfico representativo da especialidade possuída pelo respondente.

A partir da figura 16, constatou-se que a maioria dos Médicos Dentistas respondentes considera importante a introdução de novas especialidades para além das existentes.

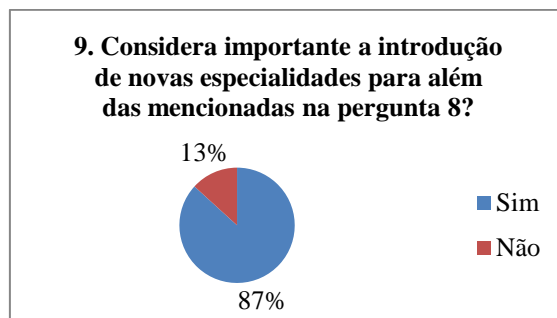


Figura 16 – Gráfico representativo da importância de se atribuírem novas especialidades.

Assim, a partir da análise do gráfico da figura 17, verificou-se que dos 87% dos Médicos Dentistas, que responderam positivamente à introdução de novas especialidades, se destacou com maior concordância a implementação da área de Endodontia como especialidade, com expressividade de 79 respondentes. Em seguida, deram maior relevância à Periodontologia (72) e Odontopediatria (64), estando depois,

o grupo, harmoniosamente de acordo com a implementação das áreas de Prostodontia (58), Medicina Oral (54), Implantologia (52), e Dor Temporo-Mandibular/Dor Oro Facial (49). Por último, as menos sugeridas para sofrer um processo de especialização foram a Dentisteria (25) e Odontogeriatricia (22).

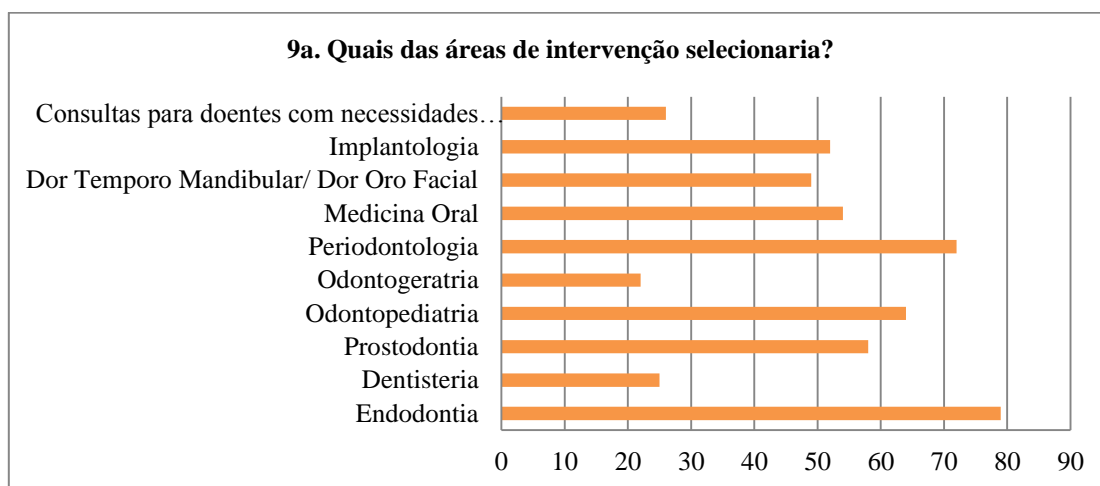


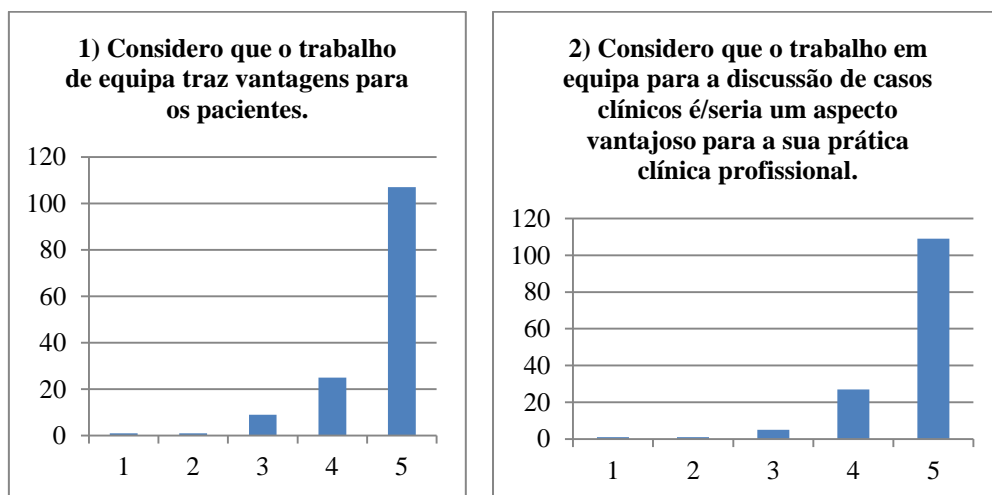
Figura 17 – Gráfico representativo das áreas de intervenção que deveriam sofrer um processo de especialização.

**Nota.** Eixo das abcissas: Número de Médicos Dentistas respondentes. Eixo das coordenadas: Área de intervenção.

## 2. Grupo II – Tratamento de casos clínicos complexos

A partir de um conjunto de perguntas específicas, procurou-se saber que tipo de trabalho se realizava no tratamento de casos clínicos complexos.

Deste modo, através de uma análise direta dos resultados, apurou-se que 107 profissionais respondentes concordam totalmente com o fato de ser vantajoso, para os pacientes, o trabalho de equipa, existindo apenas 9 profissionais que não concordam nem discordam com a afirmação. Na perspectiva dos respondentes, também existe um consenso entre 109 profissionais respondentes, em relação ao fato de concordarem totalmente com a afirmação de que o trabalho de equipa traz vantagens para a prática clínica profissional na discussão de casos clínicos. Nas figuras 18 e 19, estão ilustradas estas duas constatações, respetivamente.



Figuras 18 e 19 - Gráficos sobre o trabalho de equipa face ao paciente e à discussão de casos clínicos, respetivamente.

**Nota.** Eixo das abcissas: Número de profissionais respondentes. Eixo das coordenadas: Escala de Likert adaptada ao estudo.

Na figura 20, apurou-se que dos 143 profissionais respondentes, mais de 40 indivíduos concordavam totalmente, que em tratamentos complexos, o profissional deveria executar apenas o trabalho que lhe compete, assumindo uma abordagem do caso por áreas de intervenção, constituindo estes a maioria. Relativamente aos restantes, quase 40 indivíduos, concordam com a afirmação colocada, mais de 30 têm uma opinião neutra e muito poucos não concordam ou discordam totalmente com a afirmação.

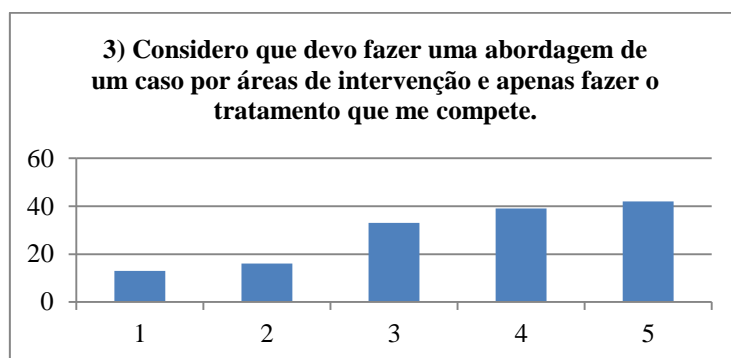


Figura 20 – Gráfico representativo sobre a abordagem por áreas de intervenção.

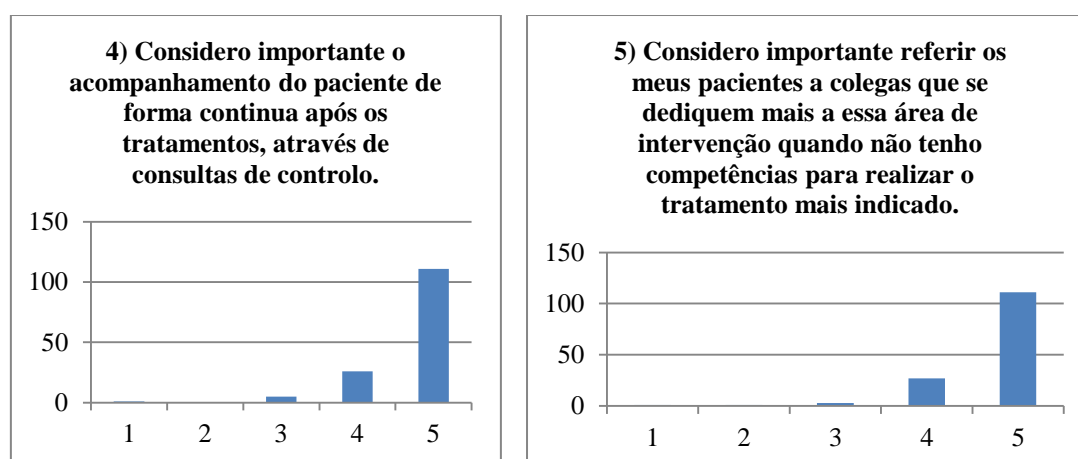
**Nota.** Eixo das abcissas: Número de profissionais respondentes. Eixo das coordenadas: Escala de Likert adaptada ao estudo.

Ao considerar uma situação em que o profissional não tem competências para realizar o tratamento mais indicado, analisou-se através da figura 22, que existem apenas 2



respondentes a discordar totalmente ou discordar com a questão de referir o paciente a um colega que se dedique mais a essa área de intervenção, observando-se que mais de 100 indivíduos estão de total acordo.

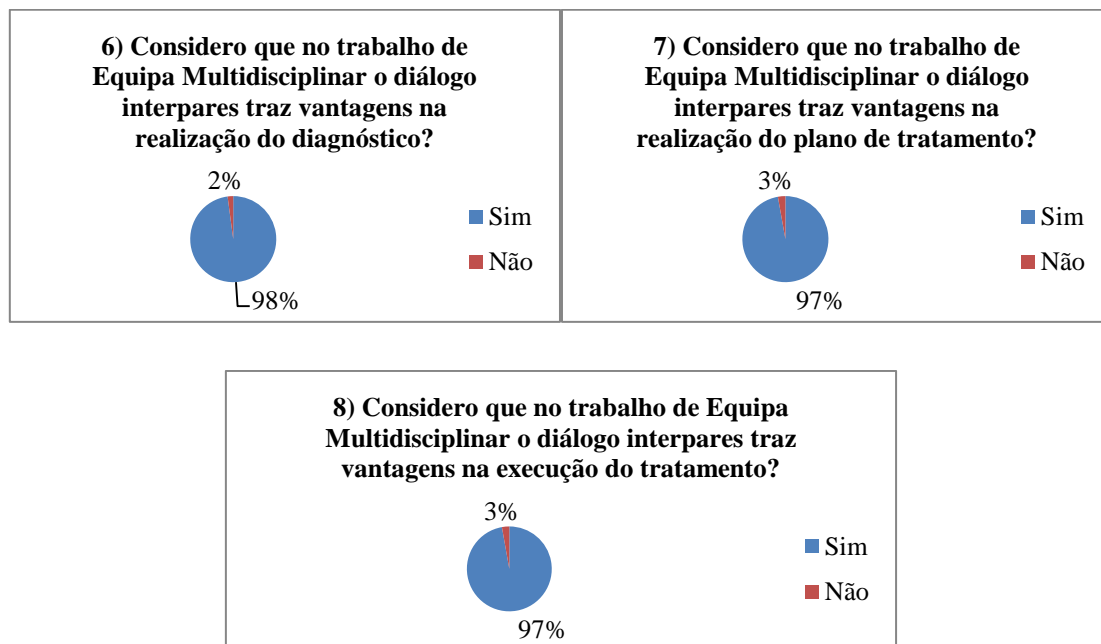
Relativamente ao posterior acompanhamento do paciente, através de consultas de controlo, verificou-se que 111 profissionais respondentes consideram ser totalmente importante, que esse trabalho seja realizado e de uma forma contínua. Podemos observar esses resultados através da visualização da figura 21.



Figuras 21 e 22 - Gráficos representativos sobre o tipo de acompanhamento prestado ao paciente e a referência de pacientes quando não tem competências profissionais, respetivamente.

**Nota.** Eixo das abcissas: Número de profissionais respondentes. Eixo das coordenadas: Escala de Likert adaptada ao estudo.

Para os profissionais envolvidos no estudo, 98% considera que para um trabalho em equipas multidisciplinares, o diálogo interpares na realização do diagnóstico traz vantagens. No que se refere à realização do plano de tratamento e à execução do tratamento, para ambas as afirmações, 97% dos respondentes considera que o diálogo interpares traz vantagem para o trabalho em equipas multidisciplinares. Observa-se os seguintes resultados através das figuras 23, 24 e 25, respetivamente.



Figuras 23, 24 e 25 - Gráficos representativos sobre se diálogo interpares traz vantagens na realização do: Diagnóstico; plano de tratamento e tratamento, respetivamente.

A partir da visualização do gráfico da figura 26, constatou-se que a maioria das respostas incidiu em: Concorda totalmente ou concorda, com a importância da existência de um trabalho de equipa com outras vertentes profissionais que estão fora do âmbito da Medicina Dentária. Nesta maioria estão presentes 127 profissionais, existindo muito poucos que não se identificam com a importância desta filosofia.

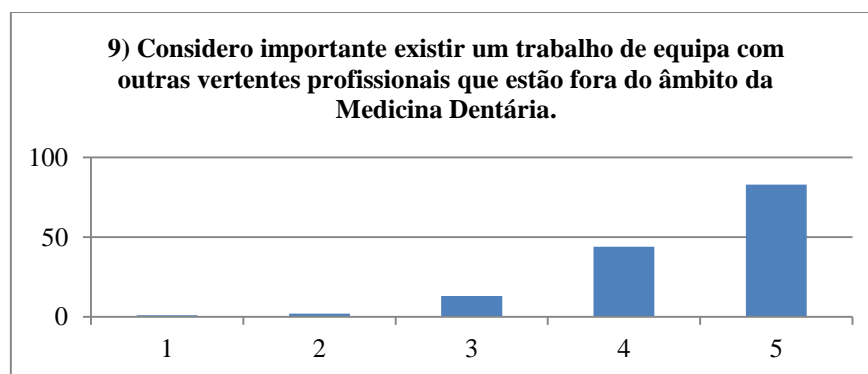


Figura 26 – Gráfico sobre a importância de um trabalho de equipa com outras vertentes profissionais.

**Nota.** Eixo das abcissas: Número de profissionais respondentes. Eixo das coordenadas: Escala de Likert adaptada ao estudo.

De seguida, aferiram-se quais as áreas que, com maior frequência, já foram incluídas nos planos de tratamento multidisciplinares com base na experiência profissional clínica diária dos respondentes, destacando-se no gráfico da figura 27, entre todas as áreas mencionadas, a Cirurgia Maxilo-Facial, referida por 102 indivíduos. Das restantes áreas, elencaram-se mais cinco com relevância para o estudo, como a: Otorrinolaringologia (96), Terapia da Fala (73), Psicologia (61), Fisioterapia (57) e Oncologia (48). A Neurologia (27), a Fisiatria (21), a Anestesia na consulta da Dor (16), a Dermatologia (14), a Ortopedia (14), a Osteopatia (10) e por último, a Oftalmologia (6), foram nomeadas com menor expressão. Apenas 4 profissionais selecionaram nenhuma área profissional e 29 respondentes selecionaram a opção “Other”.

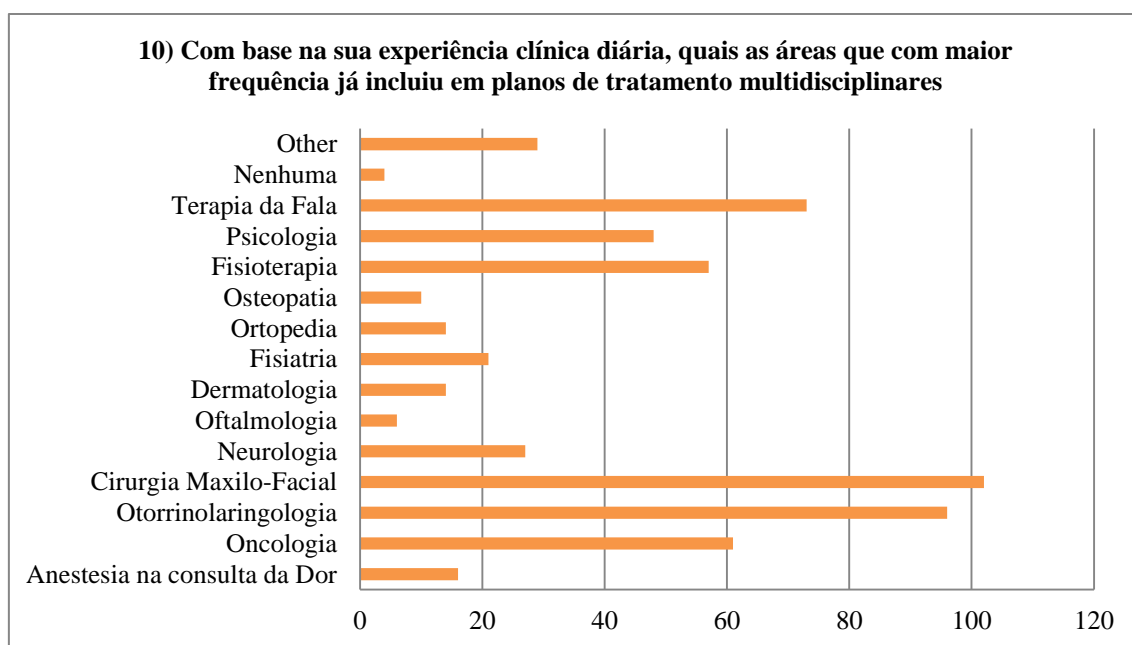


Figura 27 - Gráfico representativo das áreas de intervenção incluídas mais frequentemente nos planos de tratamento multidisciplinares.

**Nota.** Eixo das abcissas: Número de profissionais respondentes. Eixo das coordenadas: Área de intervenção.

No entanto, esta era uma pergunta com um campo aberto, que conferia a liberdade aos irrespondentes de sugerir outras áreas profissionais que já tiveram necessidade de integrar nos seus tratamentos. A partir dos dados obtidos, construiu-se um gráfico à parte, para que se pudesse fazer uma melhor leitura e interpretação da realidade clínica, organizando-o com base na frequência dessas respostas. Através da leitura do gráfico da figura 28, observa-se que as seis áreas profissionais mais mencionadas foram as

seguintes: a Cardiologia, a Cirurgia Plástica, a Psiquiatria, a Medicina Interna, a Saúde Pública e a Gastroenterologia.

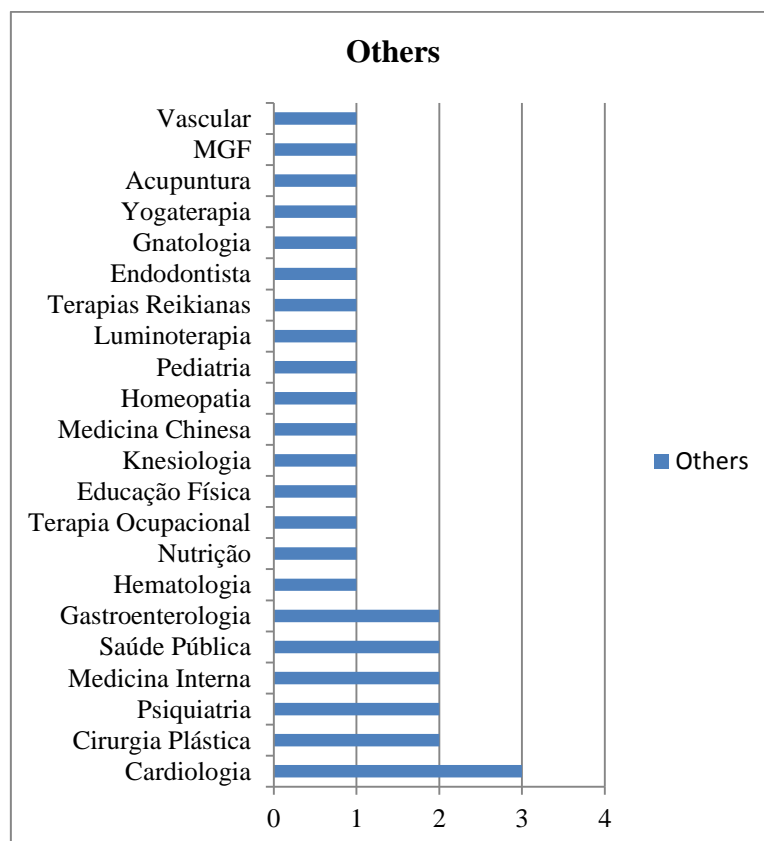


Figura 28 – Gráfico sobre outras áreas profissionais que foram inseridas em tratamentos multidisciplinares.

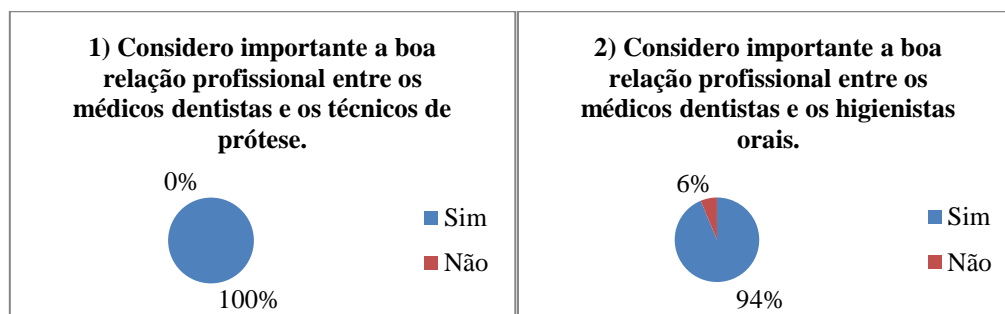
**Nota.** Eixo das abcissas: Número de profissionais respondentes. Eixo das coordenadas: Área de intervenção.

### **3. Grupo III – Durante a prática clínica diária**

Neste grupo de perguntas, o intuito foi recolher informação sobre a prática clínica diária de cada profissional, percebendo assim a dinâmica do tipo de trabalho executado. Na sequência dessas perguntas, procurou-se no final, compreender como foi abordada a filosofia de trabalho em equipas multidisciplinares nas universidades, permitindo ao inquirido terminar com um comentário final ao tema e inquérito.

Desta forma, na figura 29, apurou-se que 100% dos respondentes concorda com o fato de ser importante existir uma boa relação profissional entre Médicos Dentistas e os Técnicos de Prótese. Ao passo que, na figura 30, não se observou essa unanimidade

relativamente à importância da boa relação entre Médicos Dentistas e os Higienistas Oraís.



Figuras 29 e 30 – Gráficos sobre a importância da boa relação profissional entre Médicos Dentistas e: Técnicos de Prótese e Higienistas Oraís, respetivamente.

Através deste inquérito, existiu a preocupação de olhar a perspectiva do respondente o sobre pontos de melhoria dos cuidados de saúde dentária na população em geral. A abordagem foi no sentido de captar a sensibilidade sobre a importância da existência de Médicos Dentistas em diferentes locais de trabalho segundo um determinado regime. Verificando-se na figura 31, assim, que as duas respostas mais seleccionadas incidiram na integração dos Médicos Dentistas em centros de saúde ou em hospitais, seguindo-se em Consultórios Privados, que tivessem acordos com o estado e por último, em regimes unicamente privado. Poucos indivíduos mencionaram outras entidades ou nenhuma das opções anteriores.

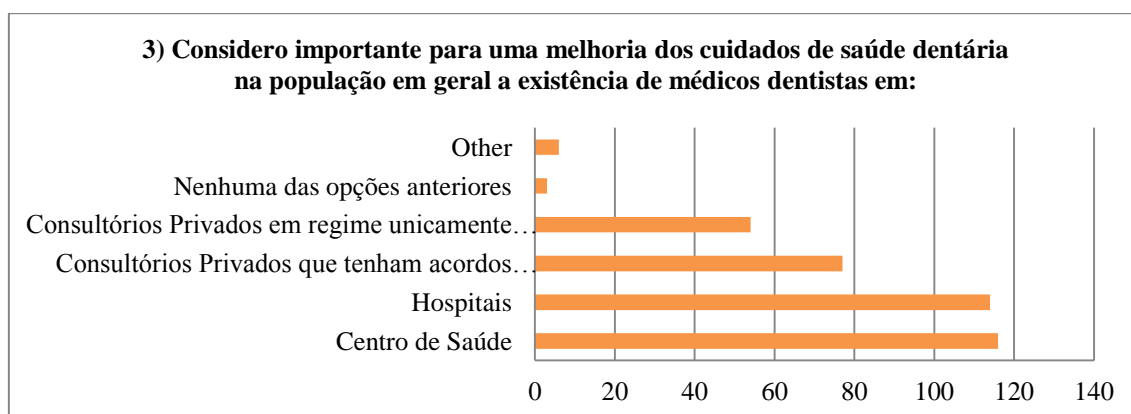


Figura 31 – Gráfico representativo sobre onde deveriam estar inseridos os Médicos Dentistas.

**Nota.** Eixo das abcissas: Número de profissionais respondentes. Eixo das coordenadas: Local de trabalho.

No caso dos indivíduos que seleccionavam a opção de outras entidades, havia a possibilidade de escrever outra forma de promover esse melhoramento da qualidade dos serviços de saúde oral. Desta forma, obtivemos como sugestões: “Equipas de intervenção comunitária”, “Prevenção através da contratação de higienistas orais em centros de saúde para protocolo periódico”; um “Plano de saúde dentário que não sejam contemplados acordos com clínicas, mas sim que o paciente tenha a opção de escolha do profissional, pague a consulta e, com o recibo da mesma receba o estorno acordado.”; “Rastreios escolares, em centros de dia ou lares de idosos” e, por último, a introdução de “ONG’s”. Um dos inquiridos referiu que isto era importante “Desde que com formação adequada para esse fim, uma vez que não considero a preparação corrente satisfatória”.

Neste estudo, quando falamos da informação que é transmitida ao paciente, relativamente ao seu plano de tratamento, percebemos a partir da observação da figura 32, que 126 profissionais respondentes concorda ou concorda totalmente com a importância de se apresentar esse mesmo plano antes de se realizar qualquer tipo de tratamento.

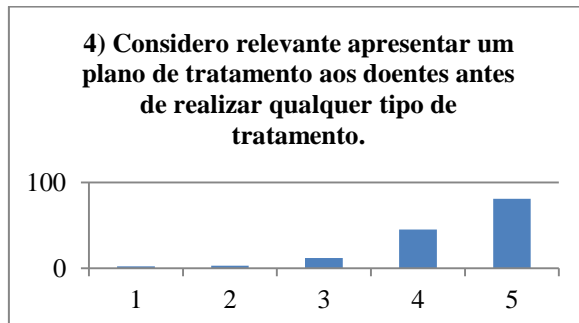


Figura 32 – Gráfico representativo da importância de apresentar um plano de tratamento aos doentes antes de realizar o tratamento.

**Nota.** Eixo das abcissas: Número de profissionais respondentes. Eixo das ordenadas: Escala de Likert adaptada ao estudo.

No entanto, observamos na figura 33, que só 9% da amostra de respondentes apresenta os planos de tratamento aos pacientes antes de realizar o tratamento.

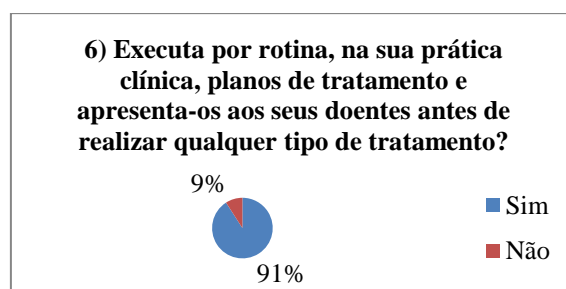


Figura 33 – Percentagem de planos de tratamento entregues ao paciente antes do tratamento.

No que se refere à apresentação dos orçamentos, na figura 34, constatou-se que apenas 28% dos respondentes não apresenta os orçamentos aos pacientes antes de realizar os devidos tratamentos.

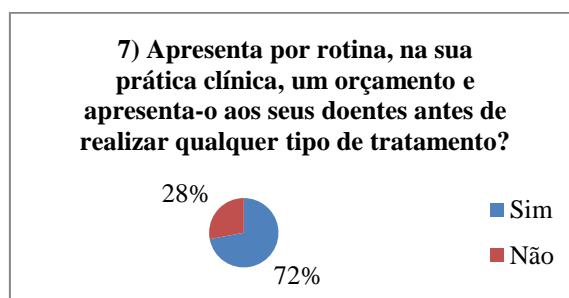


Figura 34 – Percentagem de orçamentos entregues ao pacientes antes do tratamento.

Na figura 35 está representada a percentagem de Médicos Dentistas e Médicos Estomatologistas que já efectua um tipo de trabalho que segue uma filosofia multidisciplinar, observando-se que 90% da amostra já pratica este tipo atendimento aos pacientes.

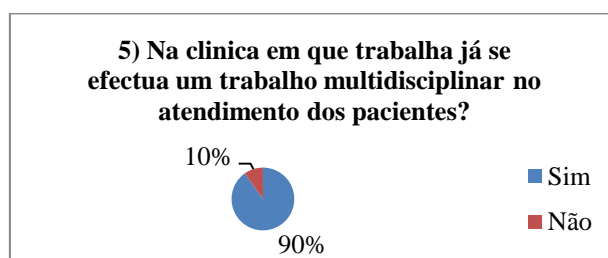


Figura 35 – Percentagem da prática multidisciplinar.

Outro ponto que mereceu a nossa atenção prendeu-se com a questão ética da entrega do consentimento informado ao paciente em relação ao plano de tratamento que se irá realizar.

Este consentimento informado pode surgir de duas formas diferentes, por escrito e formal ou pode ser apresentado em conversa, por via oral que assume um papel mais informal.

Neste estudo, constatou-se que em relação aos consentimentos informados escritos, a maioria dos profissionais que responderam a este inquérito (81 inquiridos), só recorre a este instrumento na resolução de casos mais complexos. Seguidamente, com um número muito idêntico de respostas, para casos de doentes com quadro clínico/médico que englobam alguma forma de risco, ou com um quadro psicológico difícil. Em relação aos extremos, mais de 20 indivíduos entregam sempre esse tipo de consentimento aos seus pacientes e 30 indivíduos nunca o entregam. Podemos observar esses resultados a partir da figura 36.

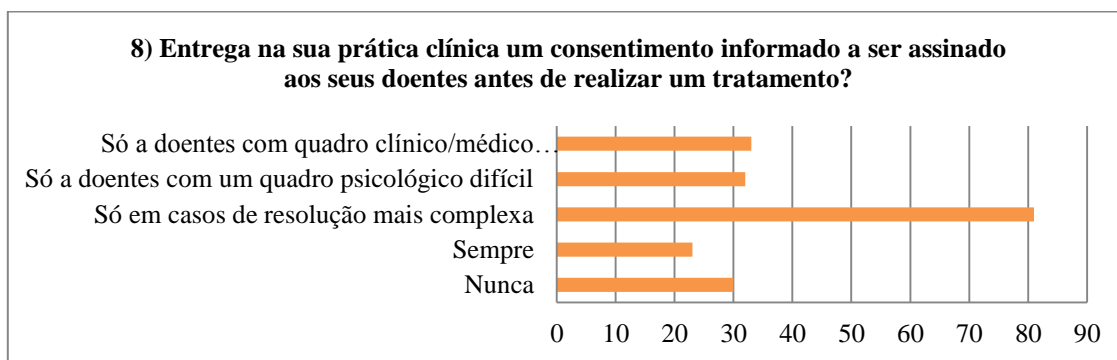


Figura 36 – Gráfico representativo das situações em que os profissionais entregam um consentimento informado escrito.

**Nota.** Eixo das abcissas: Número de profissionais respondentes. Eixo das coordenadas: Situações clínicas ou tipo de doentes.

Quando falamos da entrega de um consentimento informado oral, os valores diferem, existindo apenas 16% dos indivíduos que não o concretiza antes de iniciar o tratamento. Na figura 37, podem-se observar esses mesmos resultados.

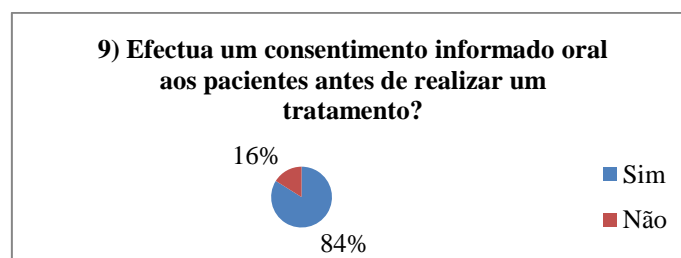


Figura 37 – Percentagem de consentimentos orais entregues.



Para terminar, seguiram-se uma série de questões de fecho, com o intuito de aferir a proximidade deste tipo de conceito face ao currículo académico dos inquiridos. À primeira questão muito objetiva: “Teve quando era estudante universitário uma Unidade Curricular (UC) de planeamento, que reunisse toda esta dinâmica de multidisciplinaridade, procurando ver o caso como um todo e não só por especialidades, na perspectiva de uma melhor abordagem e sucesso clínico do paciente?”, a maioria respondeu que não teve nenhuma UC que reunisse este tipo de filosofia de trabalho. No entanto, 41% referiu que sim, estando muito perto da metade da amostra. Na figura 38, podemos observar o gráfico ilustrativo dos resultados obtidos.

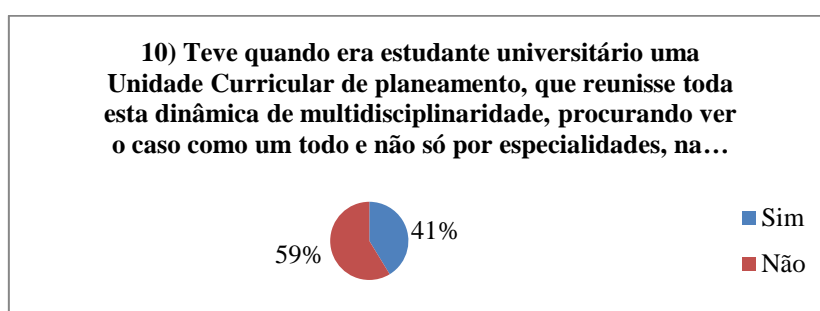


Figura 38 – Gráfico ilustrativo da existência de uma Unidade Curricular que aborde a temática do tratamento multidisciplinar.

Seguidamente, e para os indivíduos que responderam ter tido essa UC, perguntou-se qual a sua designação. Para os que não tiveram essa UC, perguntou-se, se consideravam importante tê-la tido enquanto estudantes.

Dos que responderam positivamente à primeira questão, constatou-se que a maioria identificou essa UC como “Clínica Integrada” e outros por “Diagnóstico e Planeamento Clínico”. No entanto, com menor expressão, também foram referenciados outros nomes, como por exemplo: “Anamenese, exame clínico e radiológico, plano de tratamento”; “Tratamento multidisciplinar” e “Clínica Integrada e Consulta de grupo”.

Dos 59% que responderam não ter tido nenhuma UC que reunisse toda esta dinâmica de trabalho, 95% considerou relevante ter tido essa experiência académica.

#### **4. Relação entre as perguntas do grupo II ou III e o perfil do inquirido**

##### **4.1 Pergunta do grupo II por género**

Na figura 39, podemos verificar que o género não influencia o tipo de resposta dada pelo respondente, existindo uma homogeneidade da dispersão dos géneros dentro de cada hipótese existente, consoante o número de indivíduos de cada grupo.

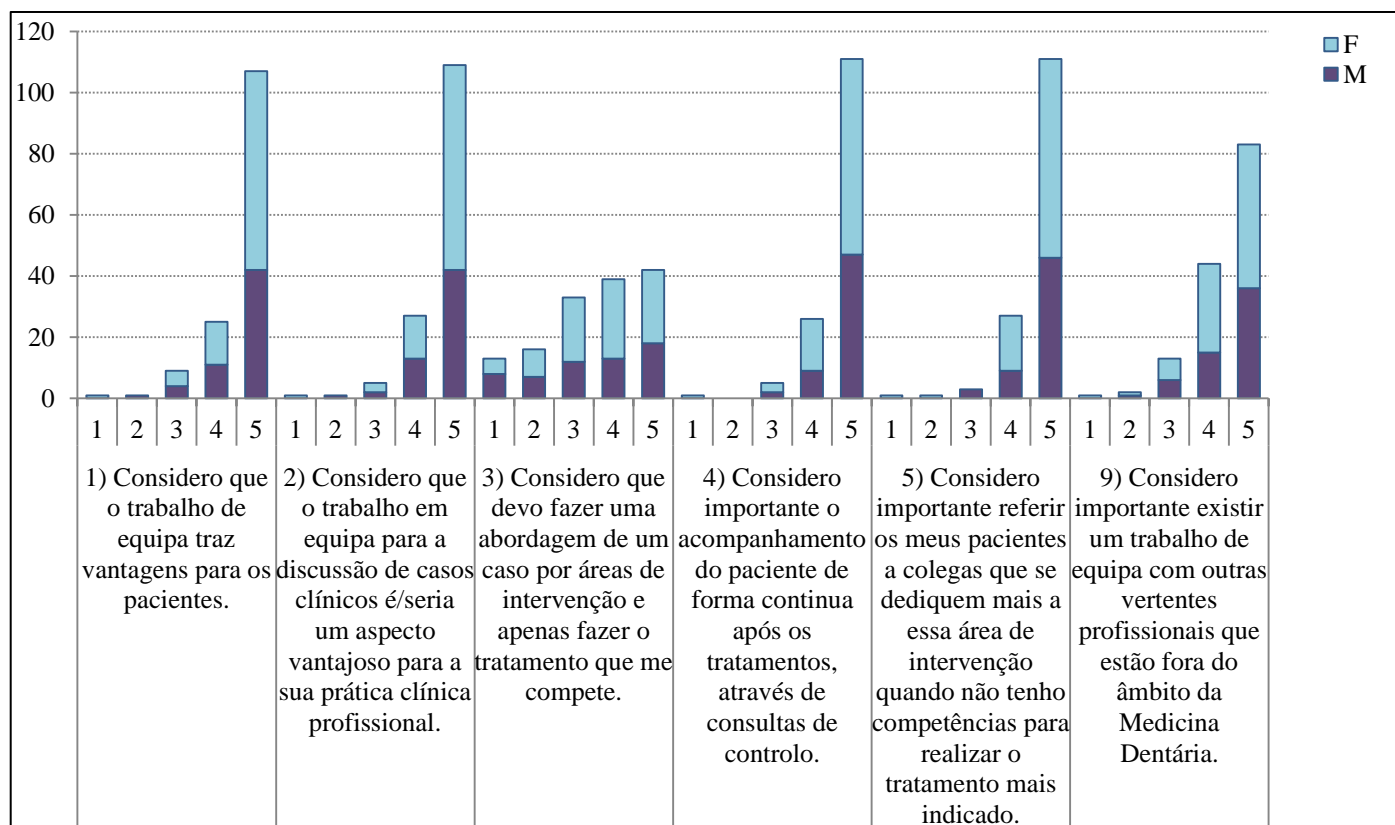


Figura 39 – Gráfico representativo da correlação entre perguntas do grupo II (1, 2, 3, 4, 5 e 9) e o género

**Nota.** Eixo das abcissas: Escala de Likert adaptada ao estudo. Eixo das coordenadas: Número de profissionais respondentes.

Em relação às perguntas 6, 7 e 8, podemos observar através da figura 40, que existe quase uma unanimidade das respostas dadas sobre as afirmações expostas tanto para o sexo feminino como para o masculino, corroborando a questão de que não existe diferença de opinião entre os dois géneros.

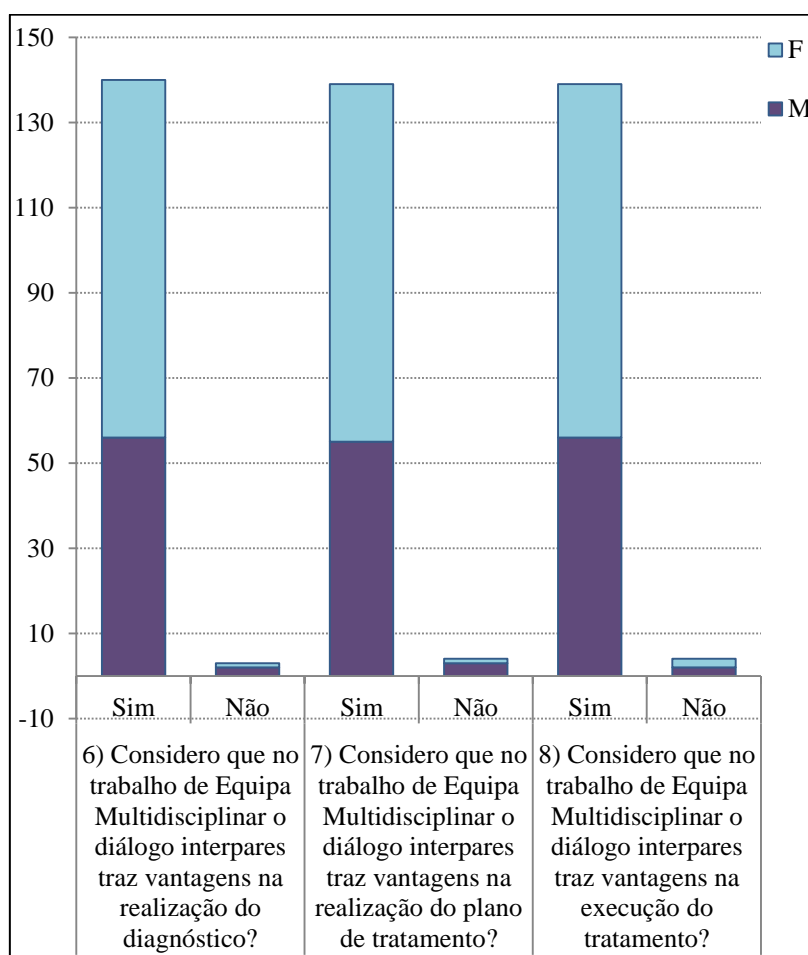


Figura 40 – Gráfico representativo da correlação entre perguntas do grupo II (6, 7 e 8) e o género.

**Nota.** Eixo das abcissas: Escala de Likert adaptada ao estudo. Eixo das coordenadas: Número de profissionais respondentes.

#### 4.2 Pergunta do grupo II por anos de formação

Na interpretação direta dos gráficos da figura 41, a partir da correlação entre as perguntas do grupo II e os anos de formação dos indivíduos, também se verificou que a experiência profissional não influencia no tipo de resposta dada, isto é, na interiorização da dinâmica de trabalho e no tipo de abordagem realizada.

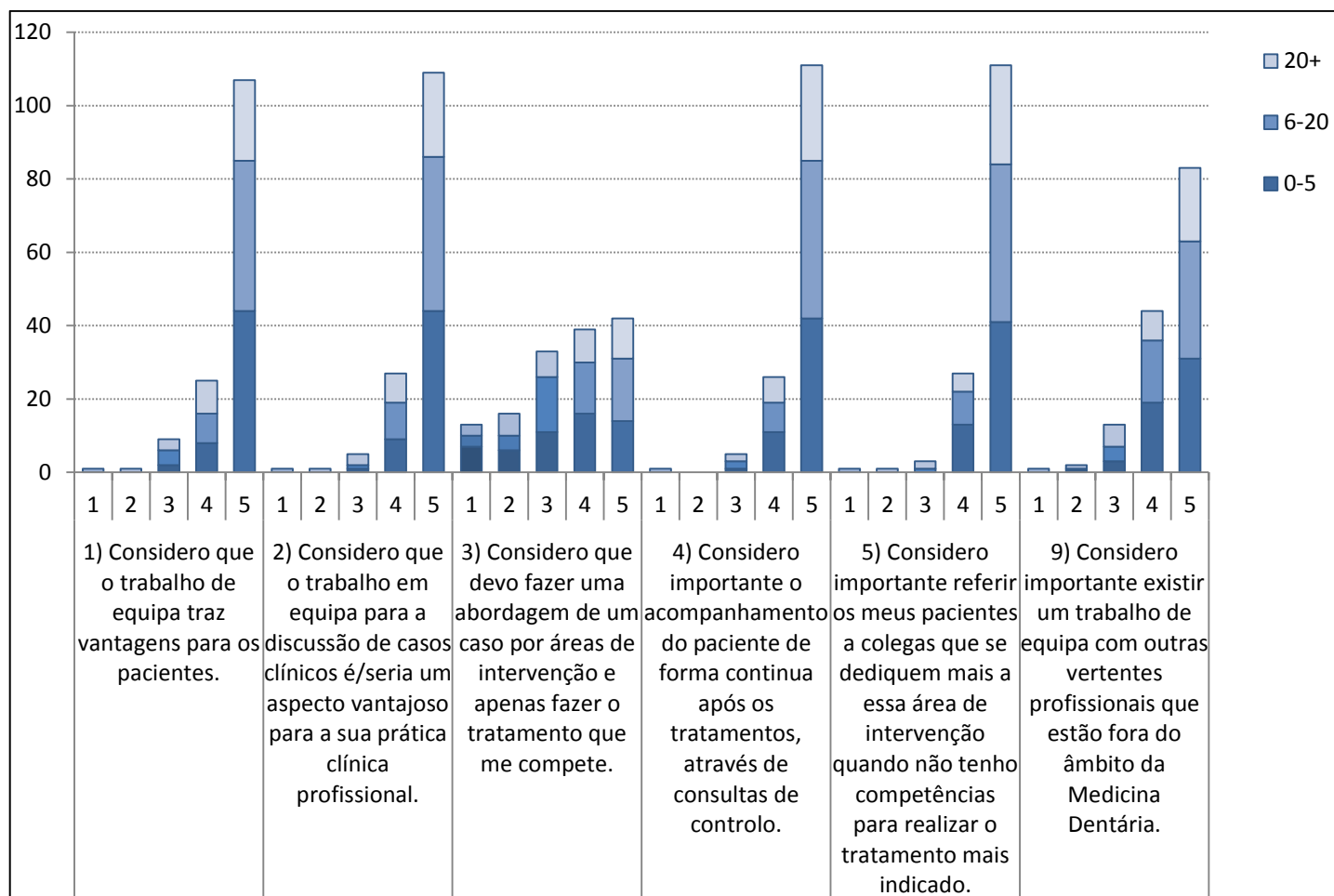


Figura 41 – Gráfico representativo da correlação entre perguntas do grupo II (1, 2, 3, 4, 5 e 9) e os anos de formação.

**Nota.** Eixo das abcissas: Escala de Likert adaptada ao estudo. Eixo das coordenadas: Número de profissionais respondentes.

No entanto, constatou-se que os profissionais formados há mais de 20 anos, representavam quase sempre a pequena minoria que tinha uma opinião neutra, ou não concordava, ou discordava totalmente com as afirmações expostas.

Ao analisar a figura 42, verifica-se que nas perguntas 6, 7 e 8 do grupo II, é praticamente unânime, na perspectiva dos respondentes, que o diálogo interpares traz vantagens ao trabalho em equipas multidisciplinares tanto no momento de realização do diagnóstico e plano de tratamento como na execução do mesmo, independentemente dos anos de formação do respondente.

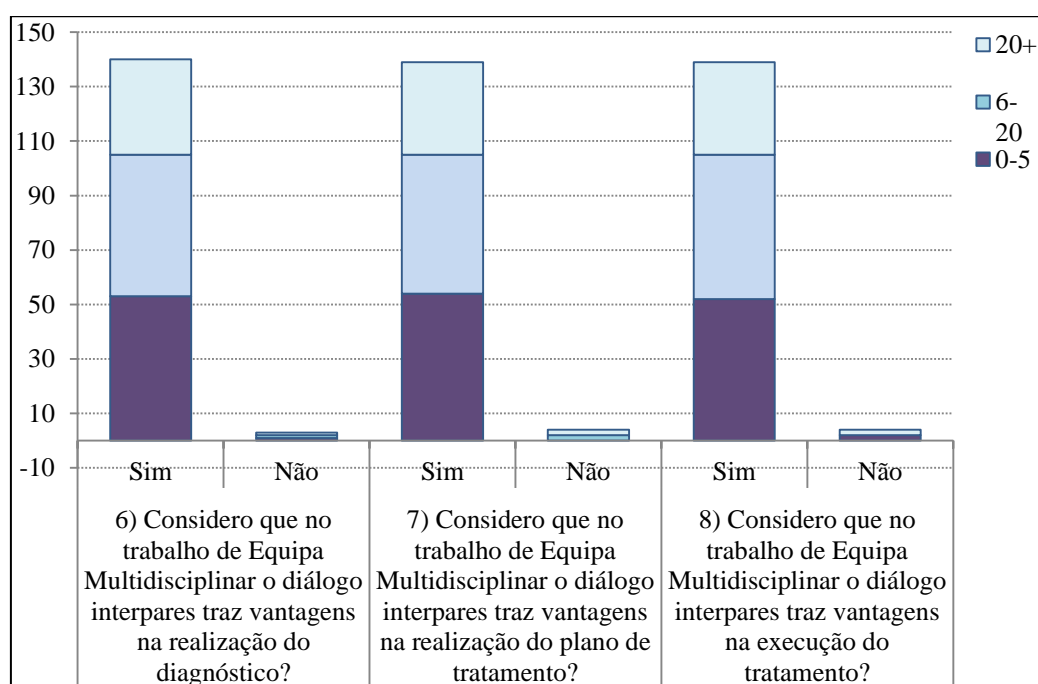


Figura 42 – Gráfico representativo da correlação entre perguntas do grupo II (6, 7 e 8) e os anos de formação.

**Nota.** Eixo das abcissas: Escala de Likert adaptada ao estudo. Eixo das coordenadas: Número de profissionais respondentes.

Na figura 43, está ilustrado no gráfico a correlação das respostas à pergunta: “Com base na sua experiência clínica diária, quais as áreas que com maior frequência já incluiu em planos de tratamento multidisciplinares?”, com os anos de formação.

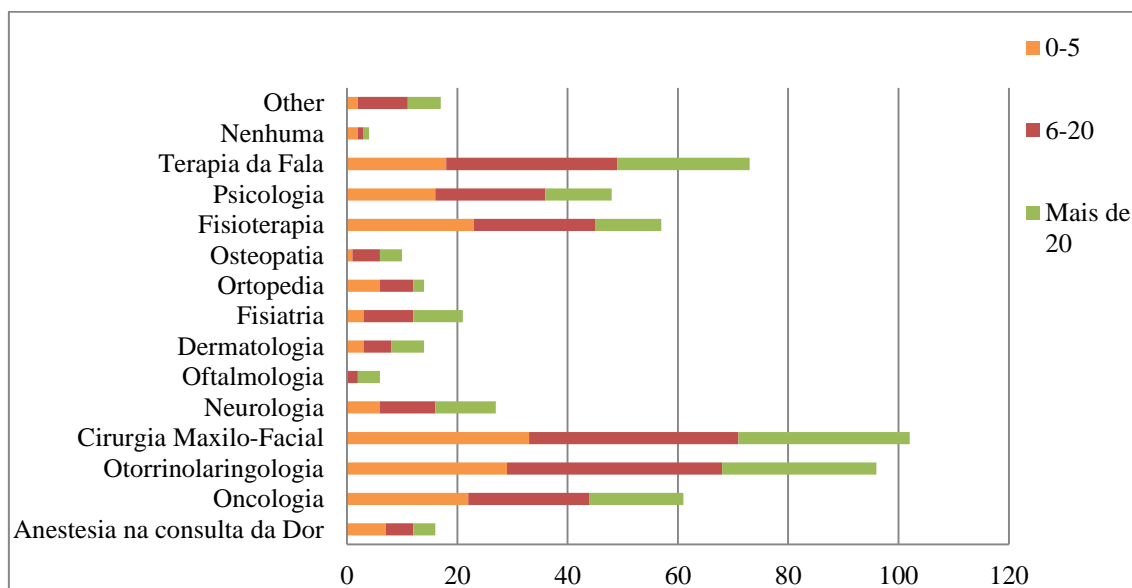


Figura 43 – Gráfico representativo da correlação entre a pergunta 10 do grupo II e os anos de formação.

**Nota.** Eixo das abcissas: Número de profissionais respondentes. Eixo das coordenadas: Área de intervenção.

Nesta correlação, observou-se um equilíbrio entre o número de respostas seleccionadas pelos respondentes dos três grupos existentes, no qual, se constatou que era comum aos três mencionarem Cirurgia Oral e Otorrinolaringologia, como as profissões que mais vezes incluíam nos seus planos de tratamento multidisciplinares.

Ao analisarmos o gráfico da figura 43, verificou-se que os profissionais formados mais recentemente mencionaram a seguir a Fisioterapia e a Oncologia como as áreas que mais frequentemente incluíam nos seus planos de tratamento multidisciplinares. Se formos a comparar simultaneamente os jovens formados com os outros dois grupos, observamos que a Fisioterapia também foi a área posteriormente seleccionada pelo grupo fronteira, enquanto que a Oncologia foi a outra área seleccionada pelos profissionais mais antigos. Assim, verificamos que tendencialmente são outras das áreas que mais frequentemente são incluídas pelos três grupos, no entanto com uma dispersão diferente dentro de cada um.

Por outro lado, as menos mencionadas pelos três grupos, foram as áreas de Oftalmologia e Osteopatia, constatando-se que a sua inclusão não está influenciada pelos anos de formação. Outro ponto a referenciar, é a questão de que nenhum

profissional entre os 0-5 anos de formação incluiu no seu plano de tratamento a área de Oftalmologia, sendo a única situação onde isto se verificou.

#### **4.3 Pergunta 10 do grupo III por instituição de formação**

Através da figura 44, observamos as respostas à pergunta: “Teve quando era estudante universitário uma Unidade Curricular de planeamento, que reunisse toda esta dinâmica de multidisciplinaridade, procurando ver o caso como um todo e não só por especialidades, na perspectiva de uma melhor abordagem e sucesso clínico do paciente?”, consoante as várias universidades onde os respondentes se formaram. Na interpretação dos dados, não se teve em conta os grupos “Outra” (5 indivíduos), que corresponderiam a Instituições no Estrangeiro, e “Mais que 1 instituição de formação” (10 indivíduos), que representavam os que selecionaram mais que uma universidade. A não inclusão destes últimos profissionais prende-se com o fato de não estar discriminado em qual das Instituições esta UC foi lecionada.

Deste modo, o gráfico da figura 44, constatou-se que na mesma faculdade existiam respostas diferentes, isto é, profissionais que mencionavam ter tido uma UC que abordasse toda a filosofia de tratamento multidisciplinar e outros que não tinham tido essa vertente na sua formação académica. Para além deste fato, verificou-se ainda, que a maioria das respostas em cada universidade foi “não”, sendo a Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras, a única universidade que evidenciou uma unanimidade no tipo de resposta dada, pois os 6 profissionais que aí se formaram responderam que “não”. Em relação Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, observou-se uma igualdade entre respostas positivas e negativas, existindo 11 profissionais em cada lado da balança .

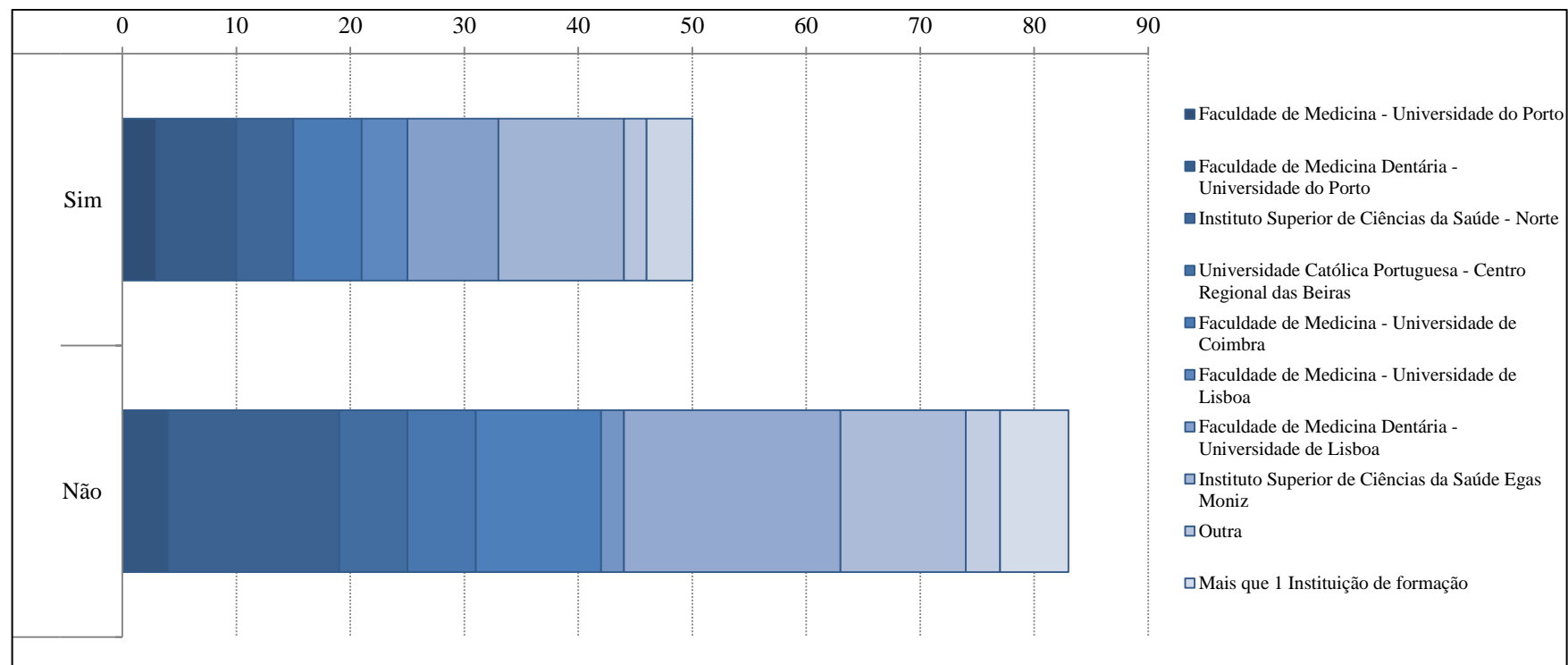


Figura 44 – Gráfico representativo da correlação entre a pergunta 10 do grupo III e a instituição em que o respondente se formou.

**Nota.** Eixo das abcissas: Número de profissionais respondentes. Eixo das coordenadas: resposta dada à pergunta 10.



#### **IV. Discussão**

O presente estudo permitiu-nos ter uma visão global do Estado da Arte da multidisciplinaridade em saúde, tendo como foco a sua aplicação na Medicina Dentária.

Deste modo, foi importante começar por perceber e interiorizar os vários conceitos que estão interligados com esta filosofia de pensamento através da revisão da literatura. Neste contexto, conseguimos aumentar os nossos conhecimentos sobre o tema, permitindo-nos com um bom alicerce e uma capacidade de síntese, proferir algumas considerações finais.

A partir de uma pesquisa sobre a origem sociológica da formação grupal dos indivíduos, a base do tema ficou alicerçada de forma segura pelos estudos antropológicos que nos indicam que este fenómeno é intrínseco à condição humana. Assim, a partir desta base, foi fácil percorrer o caminho para a interseção com os conceitos de grupo de trabalho e trabalho de equipa. A procura de um bem-estar comum levava os vários indivíduos a agruparem-se segundo as suas preferências, dando a oportunidade do ser humano otimizar a suas potencialidades para o bem-estar do grupo, suportado em regras e normas de convívio para que haja uma harmonia e um equilíbrio entre os vários membros (Rodrigues, 2004; Alves, 2009/2010).

A partir do momento que existe um grupo, cria-se a possibilidade de surgir o trabalho de equipa, uma ferramenta de trabalho para atingir um fito comum a todos os membros. Neste ambiente, geram-se as condições para que dois ou mais indivíduos interajam entre si, de uma forma dinâmica, independente e adaptativa. Desta forma nasce a cooperação e a articulação das ideias entre cada elemento do grupo, suportado por um coordenador ou líder (Pinho, 2006; Peduzzi, 1998, 2001, 2007).

Em suma, a diferença entre o grupo de trabalho e uma equipa de trabalho, está na questão de que, na primeira situação, existe apenas uma partilha de informação e tarefas com o fim de facilitar o desempenho geral de cada indivíduo dentro de um determinado grupo. Enquanto, no trabalho de equipa, já existe uma procura desse mesmo grupo em reunir esforços para chegar a um melhor aproveitamento dessa união. Deste modo, o resultado final passa a ser maior que a soma do trabalho individual (Rodrigues, 2004; Pinho, 2006; Peduzzi, 1998, 2001, 2007; Alves, 2009/2010).

Os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, foram abordados de forma sistemática e objetiva, por forma a clarificar a terminologia utilizada por vários autores e profissionais. Estas três palavras estão intimamente relacionadas, sendo essa a causa principal de maior confusão na sua aplicação durante o dia a dia das pessoas. A partir revisão do Estado da Arte, compreendeu-se que para a existência de uma interdisciplinaridade e transdisciplinaridade é necessário ter como pedra basilar a multidisciplinaridade (Philippi et al., 2000;. Garcia et al., 2007; Pombo, 2008; Bicalho & Oliveira, 2011).

Quando fazemos uma abordagem multidisciplinar de um caso, estamos a analisar um determinado objeto através de dois ou mais saberes, mas cada um de forma individual, sem existir uma necessidade de comunicação entre eles. Ao passo que, a interdisciplinaridade, representa um patamar intermédio, onde para além da multidisciplinaridade existente, passa a haver uma cooperação entre os vários elementos dessa equipa e, através desse relacionamento, existe uma troca de ideias e perspetivas que visão um maior sucesso clínico. A transdisciplinaridade é o passo seguinte, isto é, a partir dela podemos criar uma ligação entre os diferentes saberes (ciência, arte, religião, política, etc), onde a visão científica evolui e rompe as fronteiras com as outras ciências e saberes, abrindo margem ao crescimento do grupo para uma perspectiva holística do paciente. Neste plano, segue-se um modelo biopsicossocial, tendo como fito comum o paciente como um todo, criando ao mesmo tempo uma ponte entre a ciência e a cultura (Philippi et al., 2000; Pimenta 2005; Garcia et al., 2006; Garcia et al., 2007; Pombo, 2008; Strain & Vieira, 2008; Urban et al., 2009; Bicalho & Oliveira, 2011; Tavares et al., 2012).

Sem dúvida, que os aspectos sociológicos deste tema estão intimamente ligados com uma perspectiva de trabalho em grupo na resolução de um problema, isto é, conseguimos pegar numa característica que é intrínseca ao ser humano e transformá-la num fator positivo e dinâmico para uma resolução profissional.

Do Estado da Arte, retira-se a elação suficiente para se poder proceder à discussão e análise dos resultados obtidos, tendo como metodologia de trabalho, a recolha máxima de informação.

Desta forma, optou-se por inquirir o maior número de Médicos Dentistas e Médicos Estomatologistas, a partir da colaboração da SPEMD.

Entre 8 de Julho e 8 de Agosto de 2015, através da SPEMD, foram enviados dois *e-mails* que tinham uma hiperligação para o inquérito piloto. A necessidade de um segundo *e-mail*, veio no intuito de conseguir aumentar a possibilidade de dispor de uma amostra mais representativa. No entanto, de um universo de 2124 associados da SPEMD, apenas 1299 tinham os seus dados referentes ao *e-mail* em dia, reduzindo logo a nossa amostra inicial. No fim, só 143 associados responderam ao inquérito, no qual 136 eram Médicos Dentistas e 7 eram Médicos Estomatologistas, obtendo-se assim, aproximadamente 11% da amostra dos 1299 associados. Em termos percentuais atingiu-se 11,4% da amostra de Médicos Dentistas e 6,5% de Médicos Estomatologistas.

A quantidade de resultados obtidos, foi bastante positiva, permitindo cumprir com o nosso objetivo principal, no qual o foco era a recolha de informação sobre o Estado da Arte do tema em Portugal. No entanto, não nos permite fazer extrapolações para a nossa população alvo, pois seriam necessários outros estudos para compreender melhor o ponto de situação e era necessário ter uma amostra mais representativa.

A partir dos dados estatísticos obtidos e da informação reunida, constatou-se que o trabalho de equipa, na perspectiva dos respondentes, era um aspecto vantajoso tanto do ponto vista do atendimento do paciente como da dinâmica de trabalho dos profissionais envolvidos nesse tratamento, durante a sua prática clínica diária.

Mundialmente, a diferença entre trabalho multidisciplinar e interdisciplinar pode ainda não estar muito bem esclarecida como se constatou na revisão da literatura. Bicalho e Oliveira (20011), referem que segundo uma hierarquia de relação entre estes dois conceitos, a multidisciplinaridade estaria num primeiro nível, constituindo uma base de integração de conhecimentos entre as diferentes disciplinas envolvidas, existindo uma simples justaposição entre as diferentes disciplinas, que seguem um percurso comum, sem que haja uma modificação significativa dos métodos e perspectivas utilizadas por cada uma. Por outro lado, a interdisciplinaridade, já se situa num patamar intermédio, entre a multidisciplinaridade e a transdisciplinaridade, porque passa a existir uma troca de conhecimentos entre ambas as disciplinas promovendo o enriquecimento das duas vertentes. Desta forma, não se reduz a uma justaposição, mas permite que exista uma coesão entre os diferentes saberes.

A saúde, na perspectiva de Garcia et al.(2007), requer uma interação entre vários saberes e práticas, ambos associados a diferentes disciplinas.

Assim, surge uma filosofia interdisciplinar de alta complexidade que abrange diferentes áreas: culturais, sociais, ambientais, comportamentais, clínicas e epidemiológicas.

Pombo (2008), refere que a partir de uma abordagem interdisciplinar, formam-se condições de real conforto entre os vários membros da equipa, simplesmente pelo fato de existir a presença física de um conjunto de indivíduos que procuram responder a uma mesma situação, a partir de uma discussão construtiva.

O ideal seria trabalhar segundo uma filosofia interdisciplinar. No entanto, temos que primeiro perceber e interiorizar o conceito de trabalho multidisciplinar e aplicá-lo de uma forma correta para conseguirmos atingir em seguida a interdisciplinaridade, retirando os aspectos positivos dessa interrelação.

Desta forma, foi importante perceber qual o panorama geral da comunidade Médico-Dentária em relação a este tema.

Na visão da maioria dos respondentes, é importante cada profissional perceber quando não tem competências para realizar um determinado procedimento. Em relação a esses momentos, 111 profissionais respondentes consideraram totalmente importante referir o seu paciente a outro colega, que esteja mais apto para solucionar o problema. Deste modo, constatou-se que existe uma forte intenção do inquirido em realizar um tipo trabalho segundo uma abordagem multidisciplinar, onde o médico executaria apenas a tarefa que lhe compete e encaminharia a um outro colega a restante parte do tratamento. Ao analisarmos estes dados, podemos agrupar as duas colunas do lado positivo da escala de Likert, numa escala de um a três, em que colocamos os que concordam totalmente e os que apenas concordam numa mesma coluna. Aí, percebemos que aproximadamente 96,5% da amostra, quase a totalidade, tem esta intenção formalizada, mas no entanto não significa que a pratique. Neste contexto, cria-se a oportunidade de surgir um ambiente propício ao trabalho multidisciplinar entre os vários profissionais.

Como foi referenciado anteriormente, a multidisciplinaridade permite estabelecer uma coordenação de ideias através de um simples paralelismo de perspectivas. No entanto, quando vamos além dessa organização conjunta e coordenada de ideias e passamos a coexistir com uma combinação de pontos de vista vinda de uma convergência de interesses, passamos para um plano intermédio, o da interdisciplinaridade (Pombo, 2008).

Segundo outros autores, a busca desta interdisciplinaridade é uma questão de poder e saber, no qual é importante o indivíduo tomar consciência das suas potencialidades e limites em cada disciplina (saber) e, assim, prosseguir em direção a um trabalho coletivo, de equipa (Garcia, Pinto, Odoni, Longhi, Machado, Linek & Costa, 2006).

Na análise direta dos resultados obtidos, constatou-se que 90% dos respondentes já efectua um trabalho multidisciplinar no atendimento dos seus pacientes, evidenciando que esta filosofia já se encontra enraizada, de certa maneira, no modo de trabalho de cada profissional.

No entanto, com o intuito de compreender como o conceito de trabalho multidisciplinar está interiorizado no pensamento dos Médicos Dentistas e Médicos Estomatologistas inquiridos, procurou-se fazer um conjunto de perguntas centralizadas nessa temática. Como se verificou nos resultados à questão, sobre qual a relevância do diálogo interpares na abordagem multidisciplinar, constatou-se que a sua existência trazia uma mais valia, tanto para o diagnóstico inicial como para o plano de tratamento e execução dos mesmos.

Por outro lado, não basta existir uma boa relação entre os profissionais da mesma área, porque em saúde oral, a equipa de trabalho, não envolve apenas os Médicos Dentistas, existem outras duas profissões, igualmente importantes para a concretização de um bom trabalho, os Técnicos de Prótese e os Higienistas Orais. Desta forma, percebeu-se a relevância que foi apresentada pelos respondentes, relativamente à importância da sinergia profissional destas três áreas, refletindo-se de forma inequívoca nos resultados apurados.

Extravasando este conceito para um sentido mais holístico, o trabalho de equipa não deveria ser restringido apenas ao âmbito de saúde oral, isto é, existe cada vez mais a necessidade de uma equipa ser formada também por elementos de outras vertentes profissionais. No presente estudo, a maioria da amostra considera relevante o trabalho em equipas interprofissionais.

Segundo Godoi et al. (2009), para que haja sucesso no trabalho de equipa seria importante que o foco da questão passasse a ser um único, isto é, que as divergências existentes entre as diferentes profissões fossem colocadas de lado, para que em grupo

possam agir e pensar para além de cada profissão, surgindo uma nova profissão, a saúde. Desta maneira, o trabalho de equipa passa a ser muito mais facilitado.

No entanto, Ritchie et al. (2012), referenciam que para um trabalho de equipa interprofissional ser vantajoso, é necessário que se criem oportunidades aos estudantes de cada profissão de poderem trabalhar e conhecer as diferentes profissões de saúde. Assim, a inclusão da IPE no programa de aprendizagem, procura promover uma prática colaborativa entre os vários estudantes, com o objetivo de melhorar no fim o atendimento do paciente.

Na pergunta, “Com base na sua experiência profissional clínica diária, quais as áreas que com maior frequência já incluiu em planos de tratamento multidisciplinares?”, foi curioso o fato de já se integrarem muitas áreas profissionais relacionadas com medicinas alternativas, terapias e outras formas de tratamento holístico. Foram mencionadas áreas profissionais como: Medicina Chinesa, Luminoterapia, Terapias Reikianas e Acupuntura. Também foram referenciadas áreas relacionadas com o dia a dia do indivíduo, isto é, com a sua saúde e bem estar, como por exemplo: a Nutrição, Educação Física e Yogaterapia.

Deste modo, percebemos a diversidade de profissões que podem estar incluídas nos planos de tratamento multidisciplinares dos pacientes. Segundo Godoi *et al.* (2009), quando se fala do trabalho multidisciplinar em Medicina Dentária, o Médico Dentista deve ter uma visão geral, isto é, procurar ver o paciente como um todo e não olhar ou focalizar a sua atenção só para a cavidade oral.

Dentro do consultório dentário podemos ter uma equipa multidisciplinar formada, cada vez mais, por várias áreas de intervenção, embora atualmente apenas existam duas especialidades reconhecidas pela OMD. A partir da interpretação dos resultados, verificou-se uma intencionalidade por parte dos respondentes na introdução de novas especialidades.

A OMD, já tem vindo a abordar essa questão, tendo publicado na sua plataforma *online*, a 2 de Julho de 2015, um artigo sobre: “Especialidades de Cirurgia Oral, Odontopediatria e de Periodontologia”, referindo a integração, para breve, destas três áreas. No mesmo artigo, informa os leitores que se irá posteriormente realizar um

pedido de submissão para as próximas áreas (disponível em: <http://www.ond.pt/noticias/2015/07/publicacao-especialidades-candidatura>).

O nosso estudo, acaba por vir reforçar as preocupações expressadas ultimamente pela OMD, que por sua vez, tem trazido a debate soluções para as questões do dia a dia dos Médicos Dentistas, colocando sempre a tónica na criação de ferramentas que conduzam a uma melhor qualidade da prática clínica e consequentemente, a uma melhoria do atendimento do paciente.

Os resultados obtidos, consubstanciam a existência de uma concordância por parte dos Médicos Dentistas na introdução destas três primeiras especialidades no currículo profissional. No entanto, neste estudo, existe uma maior unanimidade, representada por 79 Médicos Dentistas respondentes, na introdução da área de Endodontia como especialidade. Esta área, segundo a OMD, será uma das próximas áreas a ser submetida ao processo de especialização, após este primeiro grupo.

Felício (2013), cita que “ A equipa multidisciplinar vem se fortalecendo, tendo como base a crescente aceitação do modelo biopsicossocial de saúde que se refere ao bem-estar físico, mental e social, em contraste com o modelo biomédico”.

No seguimento desta linha de pensamento, a reforma do ensino é outro dos temas bastante abordado nestes últimos anos. No entanto, é difícil implementar novos conceitos. Segundo Garcia et al. (2007), as reformas curriculares são processos complexos e que demoram tempo até serem implementados, porque implicam grandes alterações nas estruturas das Universidades e dos seus serviços. Para além da complexidade existente à volta de todo este processo, existe também uma resistência em relação à mudança por parte do corpo docente, gestores e dos próprios discentes, que seguem ainda o modelo biomédico tradicional.

No final do inquérito, procurou-se perceber se a filosofia multidisciplinar teria sido bem abordada em termos académicos, perguntando ao profissional se: “Teve quando era estudante universitário uma UC de planeamento, que reunisse toda esta dinâmica de multidisciplinaridade, procurando ver o caso como um todo e não só por especialidades, na perspectiva de uma melhor abordagem e sucesso clínico do paciente?”. Na análise desta pergunta, obtivemos que dos 143 profissionais respondentes, 84 profissionais não tinham tido nenhuma UC que abrange-se esta temática multidisciplinar de uma forma

explícita. Dessa maioria, 90% concordou com o fato de que teria sido uma mais valia para a sua formação académica a inclusão de uma UC com esta importância. Com objetivo de aprofundar esta questão, foi dada a oportunidade ao inquirido de num espaço aberto tecer um comentário. Nesses comentários, obtivemos várias perspectivas, opiniões e soluções diferentes para o tema e para uma possível reforma do ensino, como por exemplo: “Existiriam vantagens na criação de uma disciplina com formato "seminários" em que eram apresentados os dados clínicos e exames auxiliares de diagnóstico *versus* as vontades e expectativas do doente, fazendo-se uma "consulta de grupo", ou consulta de decisão terapêutica”; “A Medicina Dentária não pode e não deve ser uma prática auto-suficiente ou desvinculada de outras áreas da medicina. Assim como a recíproca também é verdade. A cabeça e o pescoço, áreas da responsabilidade do Médico Dentista, não existem isoladas do corpo.”; “Na minha opinião, a grande dificuldade que tive no início da minha prática clínica foi a execução de um bom plano de tratamento.” e por último, um dos inquiridos refere que esta era uma temática que deveria ser inserida “No âmbito da Clínica Integrada.”.

Em relação aos profissionais que responderam já ter tido uma UC que abordasse toda esta dinâmica de trabalho, foi pedido que referenciassem qual o nome dessa unidade, com o intuito de percebermos, em termos de ensino, onde podemos encontrar este tipo de filosofia. Esta unidade foi designada pela maioria da amostra por “Clínica Integrada”.

Em contrapartida, é curioso o fato de existirem indivíduos que tenham tido a mesma UC, a de Clínica Integrada, e tenham duas perspectivas diferentes em relação ao fato desta unidade conseguir abordar e ensinar esta filosofia de trabalho de equipa multidisciplinar. Consoante os resultados obtidos, existiam colegas a considerar que esta cadeira reunia toda esta dinâmica de trabalho e outros, que sugeriram que a aprendizagem desta filosofia de trabalho deveria ser introduzida nessa mesma cadeira.

Ao correlacionarmos o fato do profissional ter tido ou não essa UC com a instituição onde este se formou, apurou-se que no Instituto Superior das Ciências da Saúde Egas Moniz formaram-se 11 profissionais que “tinham tido essa UC” e outros 11 inquiridos que “não tinham tido essa UC”, assim o fator temporal do “ano de formatura”, leva a pensar que os profissionais formados mais recentemente tenham possivelmente usufruído de um processo de reforma do ensino.



Neste estudo, percebe-se que existe um interesse e um consenso comum dos respondentes em relação à importância e relevância do trabalho multidisciplinar em Medicina Dentária e Estomatologia.

Aranega et al. (2012), referem que um dos lapsos da aprendizagem em Medicina Dentária é o fato de no seu currículo de ensinamento ser pouco mencionada a Medicina Dentária hospitalar. Esta é uma prática que exige a existência de uma equipa multidisciplinar complexa para o tratamento da região maxilo-facial, no qual devemos tratar o paciente como um todo e não nos focarmos apenas na cavidade oral. O Médico Dentista deve ter conhecimento que a cavidade oral é um meio que contém vários microorganismos que facilmente podem entrar na corrente sanguínea e, assim, colocar o paciente sobre um risco de uma enfermidade. Desta forma, a Medicina Dentária não se deve isolar das outras profissões, compartilhando com outros profissionais de saúde as suas responsabilidades.

Recentemente, Müller et al. (2015), abordaram a temática do trabalho de equipa interdisciplinar, mencionando que em contextos de reabilitação, o tratamento de problemas complexos e as frequentes alterações da prestação de cuidados de saúde, criaram a necessidade de surgir uma forma de cooperação eficiente e eficaz entre os vários profissionais de saúde. Para os autores uma equipa interdisciplinar em saúde é um grupo de colegas, de duas ou mais áreas disciplinares, que coordenam o seu conhecimento com o objetivo de melhorar o cuidado ao paciente. Idealmente, reúnem-se numa discussão colegial onde premeiam a troca de informação com o fito de desenvolver um plano de tratamento onde se possam distribuir as tarefas de forma eficaz e eficiente, por cada membro. As intervenções direcionadas ao treino do trabalho de equipa, servem para melhorar não só os resultados da equipa profissional, bem como os procedimentos dos serviços prestados, garantindo a qualidade de atendimento e assim, conseguir ir de encontro às expectativas dos pacientes. Apesar dos profissionais de saúde estarem despertos para o trabalho num ambiente de equipa, a maioria não tem ao seu dispor essa oportunidade. Este tipo de treino permite melhorias na capacidade de resposta do profissional a vários níveis, quer no conhecimento, como na sua auto-avaliação e na sua atitude social entre pares. Essencialmente, este método de trabalho promove a correção contínua da equipa, sendo um trabalho dinâmico

Num estudo mais aprofundado dos resultados obtidos, percebemos a partir da nossa amostra, que características como o género do indivíduo ou os anos de formação do mesmo, não influenciavam o tipo de resposta dada.

Por exemplo, verificou-se no estudo que existia um consenso da amostra, independentemente do género, quer em relação à dinâmica do trabalho em equipas multidisciplinares, quer ao tipo de acompanhamento e atendimento que deve ser prestado ao paciente.

No entanto, em relação aos anos de formação, percebeu-se que poderá ter ocorrido um fenómeno de evolução do pensamento do indivíduo e que as gerações futuras estão mais propícias a este tipo de pensamento devido aos vários processos de reforma do ensino existentes ao longo dos tempos. Assim, podemos reconhecer que a sensibilização sobre a abordagem multidisciplinar tem evoluído positivamente e começa a ser natural para os novos profissionais.

Nos últimos anos, já se têm vindo a concretizar algumas investigações e inquéritos com o fito de perceber o Estado da Arte do ensino académico, para que no futuro se possa melhorar a qualidade de ensino. Desta forma, o objetivo final está na formação de profissionais cada vez mais bem aptos e sensibilizados para as áreas conexas à medicina oral e, principalmente, para prestarem os melhores cuidados de saúde ao paciente.

Por exemplo, Smith et al. (2006), referenciaram que os dados obtidos através da opinião dos estudantes inquiridos, sobre a influência que o trabalho de equipa tem para os estudantes, constataram que lhes permitia o aumento dos seus níveis de confiança e da capacidade de desenvolverem a sua visão holística e pragmática do planeamento do tratamento a ser executado.

Morison et al. (2008), concluíram no seu estudo, que os estudantes inquiridos tinham uma visão positiva da IPE, considerando que esta servia de base para melhorar o trabalho em equipa e as capacidades de comunicação dos indivíduos no seu futuro.

Em estudos mais recentes, Leisnert et al. (2012), relataram a partir dos comentários expressados pelos alunos, que o simples fato de se poder partilhar pacientes, planejar e realizar os casos clínicos em conjunto, conferem ao profissional a possibilidade de ter uma experiência de cooperação profissional enriquecedora para a sua futura carreira.

Aqui também se verifica que a opinião do estudante é que este tipo de experiência permitiu-lhe ter uma visão holística do paciente.

Noutros estudos, também se observou a questão da importância da saúde oral no bem-estar e saúde geral do paciente. Ritchie et al. (2013), referem que a inclusão dos Médicos Dentistas e outros profissionais de saúde oral em sistemas mais amplos de saúde seria uma possível forma de desenvolver a abordagem holística do paciente.

No inquérito realizado, no âmbito desta tese, verificou-se que 111 respondentes concordavam totalmente com o fato de ser importante, após o tratamento, o posterior acompanhamento do paciente através de consultas de controlo contínuas. Este fator contribui de certa forma para uma abordagem mais humana do paciente. Assim, existe uma preocupação de ir além do tratamento, isto é, o problema pode estar resolvido no presente, no entanto, é necessário ver a sua evolução no futuro, porque infelizmente poderão surgir complicações. No surgimento dessas complicações, foi interessante perceber, com este estudo, que 111 profissionais respondentes estavam solícitos para referir o seu paciente a um colega que se dedicasse mais a essa área de intervenção, promovendo assim o trabalho em equipas multidisciplinares.

Regressando à questão da reforma do ensino, percebemos com o presente estudo, a controvérsia existente entre o pensamento dos vários respondentes relativamente ao fato de terem tido ou não uma UC que conseguisse, ao mesmo tempo, reunir e transmitir toda a filosofia de trabalho multidisciplinar. Simultaneamente, é importante reforçar que esta filosofia deve extravasar-se para a prática clínica, só assim se consegue viver e experienciar o produto positivo desta metodologia. Deste modo, esta UC permitiria ao estudante o enriquecimento da sua formação académica, abrindo-lhes horizontes dentro da profissão. Este tipo de experiência sensibiliza o profissional para outras áreas de intervenção para as quais não estaria desperto e que eventualmente o seu desenvolvimento passaria a estar potencializado nessa UC. Esta abordagem, permite ao aluno uma visão global sobre a sua futura vida profissional, como um espaço aberto ao conhecimento e naturalmente disponível para a partilha de saberes.

Um ponto de vista que não foi abordado neste inquérito piloto, foi a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade num ensino pós-graduado, um aspecto que pode ser importante para os profissionais já formados, que não tiveram a possibilidade de ter este tipo de conhecimentos enraizado na sua metodologia de ensino. Desta forma,

*a posteriori*, criar-se-ia a oportunidade do Médico Dentista adquirir novas capacidades de trabalho, complementando assim o seu currículo profissional à sua experiência clínica.

Outra situação a explorar em Portugal, seria a perspectiva do estudante face ao seu método de ensino, através de inquéritos num regime académico que dessem a oportunidade ao aluno de tecer um comentário sobre o ensino actual e as reformas que se têm vindo a explorar ultimamente à volta do mundo.

Outra limitação do estudo, foi não conseguir aferir a relação da partilha de pacientes entre colegas numa perspectiva de entrave ao tratamento multidisciplinar, isto porque, o profissional pode sentir que ao indicar o paciente a outro colega, está a aumentar a probabilidade de vir a perder o indivíduo como paciente.

Por fim, no campo das limitações, ficou ainda por apurar o impacto a curto e a médio prazo, na aceitação dos pacientes, dos custos financeiros deste tipo de tratamento com equipas multidisciplinares, os quais se refletem sobre a relação custo-benefício. Apurar também a economia de tempo e bem-estar, inerentes a uma abordagem preventiva *versus* um tratamento tradicional baseado na sintomatologia, também não foi aferido em nenhuma das perspetivas, isto é, do paciente e do profissional.

A multidisciplinaridade é um tema abordado internacionalmente, principalmente nos países de vanguarda clínica. No entanto, em Portugal o tema apenas é enaltecido na discussão de casos clínicos, em congressos, ou na exposição em revistas, onde estes casos clínicos são apresentados relevando o trabalho de equipa. Seria importante dar um papel mais activo desta filosofia e procurar novas maneiras de valorizar este tipo de método de trabalho quer dentro da comunidade médico dentária profissional e académica, quer a nível da saúde em geral.

Neste contexto, iremos enunciar algumas considerações finais obtidas através da análise das perspectivas dos respondentes, relativamente à situação que hoje se vive em Portugal.

Os resultados demonstram e expressam objetivamente a necessidade que os respondentes têm em encontrar uma UC que permita ao estudante experienciar, de modo eficiente, a introdução a uma metodologia de planeamento multidisciplinar. O papel desta UC de plano de tratamento, seria o de exercer a função de abertura de

diferentes linhas de horizonte ao aluno dentro da sua profissão, promovendo o enriquecimento da sua formação académica, lugar este onde o aluno, a partir dessa experiência, adquire a sensibilidade de integrar outros profissionais nos seus planos de tratamento, questionando e retirando por fim o proveito dessas mesmas relações. O aluno ficaria deste modo preparado a interiorizar esta filosofia de pensamento como método de trabalho sistemático no seu enquadramento clínico futuro, quer em contexto académico na Clínica Integrada, quer futuramente já no exercício autónomo da sua profissão.



## **V. Conclusões**

Este estudo permitiu concluir, que a filosofia de trabalho em equipas multidisciplinares é um tema que, ao longo dos tempos, tem crescido e evoluído para uma tomada de consciência na sua importância perante os planos de tratamento. Deste modo, é importante clarificar os profissionais sobre o significado do termo multidisciplinar e em que medida este tipo de abordagem pode auxiliar a sua prática clínica diária.

Neste contexto, através dos resultados deste estudo, conseguimos cumprir com os objetivos propostos, responder às questões primordiais e tecer algumas considerações finais.

Em relação ao objetivo principal, demonstrou-se que a necessidade de uma abordagem multidisciplinar em saúde é uma questão sentida por vários profissionais, principalmente em tratamentos mais complexos. Nestes tratamentos, será importante a reunião de um maior número de saberes que resultem no melhoramento da qualidade de serviço de atendimento.

A partir deste estudo, percebemos que este tema extravasa o interesse do profissional que está no activo, e é encarado como uma filosofia a ser tratada com maior ênfase e a ser interiorizada em termos académicos.

Fica demonstrado no Estado da Arte, que no geral, existe uma resposta positiva dos alunos para o trabalho em equipas multidisciplinares como área relevante para a sua formação profissional.

O inquérito permitiu verificar que os respondentes têm presente e interiorizado o conceito de trabalho em equipas multidisciplinares, evidenciando que estão além do pensamento basilar, facilitando a análise dos dados, e consubstanciando que as respostas foram dadas de forma consciente e intencional.

Nos resultados, ficou expressa a abertura por parte dos respondentes em encontrar, na sua prática clínica diária, uma colaboração e interação entre os diferentes profissionais, cumprindo com esta linha de pensamento, onde irão chegar a um tipo de tratamento mais completo e holístico do paciente, tornando-se assim uma mais valia tanto para o profissional, que aumenta a sua capacidade de prever as situações, por ter uma visão geral do paciente, como para o paciente, que recebe um atendimento mais eficiente.

As respostas ao inquérito, reforçam que esta abordagem faz todo o sentido na resolução de casos clínicos mais complexos, na medida em que existe a necessidade de consulta de outras opiniões e saberes, para além da equipa de saúde oral, com a intervenção de outras áreas clínicas dentro da saúde, constituindo uma mais valia para o sucesso clínico.

Futuramente, seria interessante que em Portugal se realizassem mais estudos, com o intuito de chegar às perspectivas, quer dos profissionais e estudantes da área da saúde geral e oral, quer dos pacientes que recebem este tipo de tratamento. Neste sentido, poderíamos utilizar e adaptar os estudos já realizados a nível internacional, por outras faculdades, no objetivo de proporcionar a Portugal, a sua inclusão na vanguarda dos processos de reforma do ensino que visam a sua otimização.



## VI. Bibliografia

- Alves, I. (2009/2010). *Relação entre a coesão de grupo, o clima motivacional percebido, e a satisfação em desportos colectivos* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Desporto de Rio Maior, Brasil.
- Aranega, A. M., Bassi, A. P. F., Ponzoni, D., Wayama, M. T., Esteves, J. C. & Junior, I. R. G. (2012). Qual a importância da odontologia hospitalar?. *Revista Brasileira de Odontologia*, 69(1), 90-93.
- Arruda, W.B, Siviero, M., Soares, M.S, Costa, C.G. & Tortamano, I.P. (2009). Clínica integrada: o desafio da integração multidisciplinar em odontologia. *Revista da Faculdade de Odontologia*, 14(1), 51-55.
- Begg, M.D, Crumley, G., Fair, A.M., Martina, C.A., McCormack, W.T., Merchant, C., ... Umans, J.G. (2014). Approaches to preparing young scholars for careers in interdisciplinary team science. *Journal of Investigative Medicine*, 62(1), 14-25. doi: 10.231/JIM.00000000000000021
- Bicalho, L. M. & Oliveira, M. (2011). Aspectos conceituais da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade e a pesquisa em ciência da informação. *Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, 16(32), 1-26. doi: 10.5007/1518-2924.2011v16n32p1
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L. & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *ANNALS OF FAMILY MEDICINE*, 2(6), 576-582.
- Chapper, A. & Goldani, M.Z. (2004). A participação de odontólogos em equipes multidisciplinares. *Revista Faculdade Odontologia*, 45(2), 3-5.
- Dehghan, M., Harrison, J., Langham, S., Scarbecz, M. & Amini, M. (2015). Comparing comprehensive care and departmental clinical Education Models: Students' perceptions at the university of tennessee college of dentistry. *Journal of Dental Education*, 79(2), 133-139.
- Donate-Bartfield, E., Lobb, W.K. & Roucka, T.M. (2014). Teaching Culturally Sensitive Care to Dental Students: A Multidisciplinary Approach. *Journal of Dental Education*, 78(3), 454-464.
- Drinka, T. J. K. & Clark, P. G. (2000). *Health care teamwork: interdisciplinary practice and teaching*. Boston, EUA: Auburn House Publishing.

- Engel, G.L. (1997). The need for a new medical model: A challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Evans, J.L., Henderson, A. e Johnson, N.W. (2013). Traditional and interprofessional curricula for dental technology: Perceptions of students in two programs in australia. *Journal of Dental Education*, 77(9), 1225-1236.
- Fava, G. A. e Sonino, N. (2008). The biopsychosocial model thirty years later. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 1-2. doi: 10.1159/000110052
- Felício, W. F. (2013). A Psicologia e a Multidisciplinaridade na Saúde [em linha].*Psicologia*. Acedido Setembro 26, 2015, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0345.pdf>.
- Formicola, A.J., Andrieu, SC, Buchanan, J.A., Childs, G.S., Gibbs, M., Inglehart, M.R., Kalendarian, E., ... Evans, L. (2012). Interprofessional Education in U.S. and Canadian Dental Schools: An ADEA Team Study Group Report. *Journal of Dental Education*, 76(9), 1250-1268.
- Fortuna, C. M. (1999). O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjectividades – em busca do desejo, do devir e de singularidades (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, Brasil.
- Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Matumoto, S., Pereira M. J. B (2005). O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 262-8.
- Fossi, L. B., Guareschi, N. M. F. (2004). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7(1), 29-43.
- Garcia, M. A. A., Pinto, A. T. B. C. S., Odoni, A. P. C., Longhi, B. S., Machado, L. I., Linek, M. D. S. & Costa, N. A. (2006). Interdisciplinaridade e integralidade no ensino em saúde. *Revista de Ciências Médicas*, 15(6), 473-485.

- Garcia, M. A. A., Pinto, A. T. B. C. S., Odoni, A. P. C., Longhi, B. S., Machado, L. I., Linek, M. D. S. & Costa, N. A. (2007). A interdisciplinaridade necessária à educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(2), 147-155.
- Godoi, A.P.T., Francesco, A.R., Duarte, A., Kemp, A.P.T. e Silva-Lovato, C. H. (2009). Odontologia hospitalar no brasil. Uma visão geral. *Revista de Odontologia da UNESP*, 38(2), 105-109.
- Havelka, M., Lučanin, J. D. e Lučanin, D. (2009). Biopsychosocial model – The integrated approach to health and disease. *Collegium Antropologicum*, 33(1), 303-310.
- Hill, M. M. e Hill, A. (2000). *Ivestigação por questionário*. 1ª Edição. Lisboa: Edições silabo.8
- Interdisciplinary dental education academy (IDEA) Web site. Acesso Setembro 26, 2015, em <http://www.ideausa.net/>
- Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Leisnert, L., Karlsson. M., Franklin, I. & Wretlind, K. (2012). Improving teamwork between students from two professional programmes in dental education. *European Journal of Dental Education*, 16, 17-26.
- Matheos, N., Storrs, M., Foster, L. e Oberholzer, T. (2012). Intraprofessional, team-based treatment planning for oral health students in the comprehensive care clinic. *Journal of Dental Education*, 76(12), 1589-1599.
- Morison, S., Marley, J., Stevenson M. & Milner S. (2008). Preparing for the dental team: Investigating the views of dental and dental care professional students. *European Journal of Dental Education*, 12, 23-28.
- Müller, C., Plewnia, A., Becker, S., Rundel, M., Zimmermann, L. & Körner, M. (2015). Expectations and requests regarding team training interventions to promote interdisciplinary collaboration in medical rehabilitation – A qualitative study. *BMC Medical Education*, 15, 135. doi: 10.1186/s12909-015-0413-3

- Nadershahi, N.A., Bender, D.J., Beck, L. & Alexander, S. (2013a). A case study on development of an integrated, multidisciplinary dental curriculum. *Journal of Dental Education*, 77(6), 679-687.
- Nadershahi, N.A., Bender, D.J., Beck, L., Lyon, C. & Blaseio, A. (2013b). An overview of case-based and problem- based learning methodologies for dental education. *Journal of Dental Education*, 77(10), 1300-1305.
- Olson, R. & Bialocerkowski, A. (2014). Interprofessional education in allied health: A systematic review. *Medical Education*, 48, 236-246. doi: 10.1111/medu.12290
- Ordem Médicos Dentistas (2015). Especialidades de cirurgia oral, Odontopediatria e de Periodontologia [em linha]. Ordem Médicos Dentistas (OMD) Web site. Acedido Setembro 26, 2015, em <http://www.omb.pt/noticias/2015/07/publicacao-especialidades-candidatura>
- Peduzzi, M. (1998). *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* (Tese de Doutoramento). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Brasil.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista Saúde Pública*, 35(1), 103-9.
- Peduzzi, M. (2007). *Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população* (Tese de Livre-docência). Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Philippi, J. A., Tucci, C. E. M., Hogan D. J. & Navegantes, R. (2000). *Interdisciplinaridades em ciências ambientais*. São Paulo, Brasil: Signus Editora.
- Pinho, M.C.G. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficazes. *Ciências & Cognição*, 08, 68-87. Acedido Setembro 27, 2015, em <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/582>
- Pimenta, C. (2005). *Interdisciplinaridade, Humanismo, Universidade*. Porto: Campo das Letras.

- Pimenta, C. (2013). *Interdisciplinaridade nas Ciências Sociais (Manual)*. V. Nova de Famalicão, Húmus.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lisboa: Lidel
- Pombo, O. (2008). Epistemologia da interdisciplinaridade. *Revista do centro de educação e letras*, 10(1), 9-40.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª Edição, Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Riga, S., Riga, D., Geacă, S. & Ardelean, A. (2014). Transdisciplinarity in biomedicine, neuroscience and psychiatry: The bio-psycho-social model. *Proc. Rom. Acad.*, 16(3), 201-208.
- Ritchie, C., Dann, L. & Ford, P.J. (2013). Shared learning for oral health therapy and dental students: Enhanced understanding of roles and responsibilities through interprofessional education. *European Journal of Dental Education*, 17, 56-63.
- Rodrigues, A.S. (2004). A definição do conceito de grupo e suas implicações no funcionamento do sistema. O caso das equipas cirúrgicas (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Saintrain, M. V. L. & Vieira L. J. E. S. (2008). Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. *Ciências & Saúde Colectiva*, 13(4), 1127-1132.
- Smith, M., Lennon, M.A., Brook, A.H., Ritucci, L. & Robinson P.G. (2006). Student perspectives on their recent dental outreach placement experiences. *European Journal of Dental Education*, 10, 80-86.
- Tavares, S.O., Vendruscolo, C.T., Kostulski, C.A. & Gonçalves, C.S. (2012, Maio). Interdisciplinaridade, Multidisciplinaridade ou Transdisciplinaridade. Comunicação apresentada no 5º Interfaces no fazer psicológico – Direitos humanos, diversidade e diferença, Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, Brasil.
- Urban, A. C., Maia, C. M. & Scheibel M. F. (2009). *Didática: organização do trabalho pedagógico*. Curitiba: IESDE Brasil S.A.

Wright, J.T., Graham, F., Hayes, C., Ismail, A.I., Noraian, K.W., Weyant, R.J., Tracy, S.L., Hanson, N.B. & Frantsve-Hawley, J. (2013). A systematic review of oral health outcomes produced by dental teams incorporating midlevel providers. *The Journal of the American Dental Association*, 144(1), 75-91.

Zanotti,R., Sartor, G. & Canova,C. (2015). Effectiveness of interprofessional education by on-field training for medical students, with a pre-post design. *BioMed Central Medical Education*, 15, 121. doi: 10.1186/s12909-015-0409-z

## VIII. Anexos

### Anexo 1 – Documento de aprovação pela Comissão de Ética do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz



34

Ex.ma Senhora  
**Francisca Braz de Oliveira**

Monte de Caparica, 29 de janeiro de 2015

Ex.ma Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado *“Relevância do plano de tratamento multidisciplinar em Medicina Dentária e sua implementação pelos médicos dentistas”*, foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Profª. Doutora Maria Fernanda de Mesquita

c.c. – Profª. Doutora Ana Mano Azul

## Anexo 2 – Questionário *online*

### Equipas Multidisciplinares

No âmbito da Unidade Curricular Orientação Tutorial de Projeto Final do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, eu, Francisca de Spínola Braz de Oliveira, sob a orientação da Professora Doutora Ana Cristina Mano Azul, estou a realizar um estudo sobre: "Relevância do plano de tratamento multidisciplinar em Medicina Dentária/Estomatologia e sua implementação", que tem como objetivos perceber a visibilidade do trabalho interdisciplinar na comunidade Médicos Dentistas/Estomatologistas e verificar quais as potenciais áreas de especialidade a integrar nas equipas multidisciplinares.

Solicitamos a sua participação neste estudo de forma voluntária pois acreditamos que se trata de uma contribuição para o enriquecimento do exercício da Medicina Dentária em Portugal.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

O questionário demora cerca de 5 a 10 minutos no máximo.

Agradecemos a sua participação.

\* Required

---

#### GRUPO I: Perfil do Médico Inquirido

1. **1. Sexo \***

Mark only one oval.

- ☐ Masculino  
☐ Feminino

2. **2. Profissão \***

Mark only one oval.

- ☐ Médico Dentista      *After the last question in this section, skip to question 10.*  
☐ Estomatologista      *After the last question in this section, skip to question 7.*

3. **3. Anos de formação \***

Mark only one oval.

- ☐ 0-5  
☐ 6-20  
☐ Mais de 20

4. **4. Instituição de formação: \***

(Pode assinalar uma ou mais opções)

Check all that apply.

- ☐ Faculdade de Medicina - Universidade do Minho  
☐ Faculdade de Medicina - Universidade do Porto  
☐ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar  
☐ Faculdade de Medicina Dentária - Universidade do Porto  
☐ Universidade Fernando Pessoa  
☐ Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte  
☐ Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras  
☐ Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior  
☐ Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra  
☐ Faculdade de Medicina - Universidade de Lisboa  
☐ Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa  
☐ Faculdade de Medicina Dentária - Universidade de Lisboa  
☐ Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz  
☐ Outra



5. **5. Grau Académico:** \*

Mark only one oval.

- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado Integrado
- ☐ Mestrado de 2º Ciclo
- ☐ Doutoramento
- ☐ Agregação

6. **6. Local de trabalho** \*

(Pode assinalar uma ou mais opções)

Check all that apply.

- ☐ Meio Hospitalar
- ☐ Clínica Privada
- ☐ Centro de Saúde
- ☐ Meio Académico

## Perfil Estomatologistas

7. **7. Exerce trabalho de generalista?** \*

Mark only one oval.

- ☐ Sim Skip to question 8.
- ☐ Não Skip to question 9.

8. **7a. Quais as áreas de intervenção que se dedica mais?** \*

(Pode assinalar uma ou mais opções)

Check all that apply.

- ☐ Endodontia
- ☐ Dentisteria
- ☐ Prostodontia
- ☐ Cirurgia Oral
- ☐ Odontopediatria
- ☐ Odontogeratria
- ☐ Ortodontia
- ☐ Periodontologia
- ☐ Medicina Dentária Preventiva e Comunitária
- ☐ Medicina Oral
- ☐ Dor Temporo Mandibular/Dor Oro Facial
- ☐ Implantologia

Skip to question 17.

9. **7a. Quais as áreas de intervenção que se dedica mais?** \*

Pode assinalar uma ou mais opções

Check all that apply.

- ☐ Endodontia
- ☐ Dentisteria
- ☐ Prostodontia
- ☐ Cirurgia Oral
- ☐ Odontopediatria
- ☐ Odontogeratria
- ☐ Ortodontia
- ☐ Periodontologia
- ☐ Medicina Dentária Preventiva e Comunitária
- ☐ Medicina Oral
- ☐ Dor Temporo Mandibular/ Dor Oro Facial
- ☐ Implantologia

Skip to question 17.

## Perfil Médico Dentista

10. 7. Exerce trabalho de generalista? \*

Mark only one oval.

- ☐ Sim Skip to question 11.
- ☐ Não Skip to question 11.

11. 7a. Quais as áreas de intervenção que se dedica mais? \*

Pode assinalar uma ou mais opções

Check all that apply.

- ☐ Endodontia
- ☐ Dentisteria
- ☐ Prostodontia
- ☐ Cirurgia Oral
- ☐ Odontopediatria
- ☐ Odontogeratria
- ☐ Ortodontia
- ☐ Periodontologia
- ☐ Medicina Dentária Preventiva e Comunitária
- ☐ Medicina Oral
- ☐ Dor Temporo Mandibular/ Dor Oro Facial
- ☐ Implantologia

13. 8. Possui uma especialidade reconhecida pela OMD? \*

Mark only one oval.

- ☐ Ortodontia
- ☐ Cirurgia oral
- ☐ Ortodontia e Cirurgia oral
- ☐ Não Skip to question 15.

14. 8a. No caso de possuir uma ou mais especialidades, dedica-se apenas a essas áreas de trabalho? \*

Mark only one oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

15. 9. Considera importante a introdução de novas especialidades para além das mencionadas na pergunta 9? \*

Mark only one oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não Skip to question 17.

16. 9a. Quais das áreas de intervenção selecionaria? \*

(Pode assinalar uma ou mais opções)

Check all that apply.

- ☐ Endodontia
- ☐ Dentisteria
- ☐ Prostodontia
- ☐ Odontopediatria
- ☐ Odontogeratria
- ☐ Periodontologia
- ☐ Medicina Oral
- ☐ Dor Temporo Mandibular/ Dor Oro Facial
- ☐ Implantologia
- ☐ Consultas para doentes com necessidades especiais

## GRUPO II - Para o tratamento de casos clínicos complexos

(Que contém vários elementos ou partes diferentes; que pode ser considerado de vários pontos de vista.)

17. 1) Considero que o trabalho de equipa traz vantagens para os pacientes. \*

Mark only one oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

18. 2) Considero que o trabalho em equipa para a discussão de casos clínicos é/seria um aspecto vantajoso para a sua prática clínica profissional. \*

Mark only one oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

19. 3) Considero que devo fazer uma abordagem de um caso por áreas de intervenção e apenas fazer o tratamento que me compete. \*

Mark only one oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

20. 4) Considero importante o acompanhamento do paciente de forma continua após os tratamentos, através de consultas de controlo. \*

Mark only one oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

21. 5) Considero importante referir os meus pacientes a colegas que se dediquem mais a essa área de intervenção quando não tenho competências para realizar o tratamento mais indicado. \*

Mark only one oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

22. 6) Considero que no trabalho de Equipa Multidisciplinar o diálogo inter pares traz vantagens na realização do diagnóstico? \*

Mark only one oval.

☐ Sim ☐ Não

23. 7) Considero que no trabalho de Equipa Multidisciplinar o diálogo inter pares traz vantagens na realização do plano de tratamento? \*

Mark only one oval.

☐ Sim ☐ Não

24. 8) Considero que no trabalho de Equipa Multidisciplinar o diálogo inter pares traz vantagens na execução do tratamento? \*

Mark only one oval.

☐ Sim ☐ Não

25. 9) Considero importante existir um trabalho de equipa com outras vertentes profissionais que estão fora do âmbito da Medicina Dentária. \*

Mark only one oval.

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

26. 10) Com base na sua experiência clínica diária, quais as áreas que com maior frequência já incluiu em planos de tratamento multidisciplinares \*

(Pode assinalar uma ou mais opções)

Check all that apply.

- ☐ Anestesia na consulta da Dor
- ☐ Oncologia
- ☐ Otorrinolaringologia
- ☐ Cirurgia Maxilo-Facial
- ☐ Neurologia
- ☐ Oftalmologia
- ☐ Dermatologia
- ☐ Fisiatria
- ☐ Ortopedia
- ☐ Osteopatia
- ☐ Fisioterapia
- ☐ Psicologia
- ☐ Terapia da Fala
- ☐ Nenhuma
- ☐ Other: \_\_\_\_\_

### GRUPO III - Durante a prática clínica diária.

27. 1) Considero importante a boa relação profissional entre os médicos dentistas e os técnicos de prótese. \*

Mark only one oval.

- ☐ Sim ☐ Não

28. 2) Considero importante a boa relação profissional entre os médicos dentistas e os higienistas orais. \*

Mark only one oval.

- ☐ Sim ☐ Não

29. 3) Considero importante para uma melhoria dos cuidados de saúde dentária na população em geral a existência de médicos dentistas em: \*

(Pode assinalar uma ou mais opções)

Check all that apply.

- ☐ Centro de Saúde
- ☐ Hospitais
- ☐ Consultórios Privados que tenham acordos com o Estado (exemplo: cheque dentista)
- ☐ Consultórios Privados em regime unicamente privado
- ☐ Nenhuma das opções anteriores
- ☐ Other: \_\_\_\_\_

30. 4) Considero relevante apresentar um plano de tratamento aos doentes antes de realizar qualquer tipo de tratamento. \*

Mark only one oval.

- 1 2 3 4 5
- Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

31. 5) Na clínica em que trabalha já se efectua um trabalho multidisciplinar no atendimento dos pacientes? \*

Mark only one oval.

- ☐ Sim ☐ Não

32. **6) Executa por rotina, na sua prática clínica, planos de tratamento e apresenta-os aos seus doentes antes de realizar qualquer tipo de tratamento? \***

Mark only one oval.

☐ Sim ☐ Não

33. **7) Apresenta por rotina, na sua prática clínica, um orçamento e apresenta-o aos seus doentes antes de realizar qualquer tipo de tratamento? \***

Mark only one oval.

☐ Sim ☐ Não

34. **8) Entrega na sua prática clínica um consentimento informado a ser assinado aos seus doentes antes de realizar um tratamento? \***

(Pode assinalar uma ou mais opções)

Check all that apply.

- ☐ Nunca  
☐ Sempre  
☐ Só em casos de resolução mais complexa  
☐ Só a doentes com um quadro psicológico difícil  
☐ Só a doentes com quadro clínico/médico englobando alguma forma de risco

35. **9) Efectua um consentimento informado oral aos pacientes antes de realizar um tratamento? \***

Mark only one oval.

☐ Sim ☐ Não

36. **10) Teve quando era estudante universitário uma unidade curricular de planeamento, que reunisse toda esta dinâmica de multidisciplinaridade, procurando ver o caso como um todo e não só por especialidades, na perspectiva de uma melhor abordagem e sucesso clínico do paciente? \***

Mark only one oval.

☐ Sim  
☐ Não Skip to question 39.

37. **10a) Tendo respondido: Sim \***

Qual a sua designação?

.....

38. **Comentário adicional**

Caso deseje desenvolver a questão.

.....

.....

39. **10a) Tendo respondido: Não \***

Consideraria relevante a sua existência?

Mark only one oval.

☐ Sim ☐ Não

40. **Comentário adicional**

Caso deseje desenvolver a questão.

.....

.....